



HAL
open science

La fatigue de compassion : état des lieux des connaissances, aspects cliniques : enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral

Julien Derdour-Campos

► **To cite this version:**

Julien Derdour-Campos. La fatigue de compassion : état des lieux des connaissances, aspects cliniques : enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02044005

HAL Id: dumas-02044005

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02044005>

Submitted on 21 Feb 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2017/2018

THÈSE POUR L'OBTENTION
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 10 Septembre 2018 à 15 heures

par

Monsieur DERDOUR-CAMPOS Julien

Né le 20 février 1986 à Roubaix (*Nord*)

TITRE DE LA THÈSE :

**La fatigue de compassion : état des lieux des connaissances, aspects cliniques.
Enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les
services de psychiatrie en milieu carcéral.**

Présidente : Madame le Professeur BRAZO Perrine

Membres : Monsieur le Professeur DELAMILLIEURE Pascal
Madame le Professeur CLIN-GODARD Bénédicte
Madame le Docteur GINDREY Catherine

Directrice de thèse : Dr GINDREY Catherine

Année Universitaire 2017 / 2018**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne Emery (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique

M. DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M. DUHAMEL Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Pédiatrie
Mme ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M. ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M. FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M. GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M. GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M. HAMON Martial	Cardiologie
Mme HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M. HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M. HÉRON Jean-François <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2018</small>	Cancérologie
M. HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. HURAU de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M. ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M. LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M. LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Mme LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M. LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M. LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M. LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M. MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M. MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M. MARTINAUD Olivier	Neurologie
M. MAUREL Jean	Chirurgie générale
M. MILLIEZ Paul	Cardiologie
M. MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M. MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M. NORMAND Hervé	Physiologie
M. PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication

M. PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M. RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M. REZNIK Yves	Endocrinologie
M. ROUPIE Eric	Thérapeutique
Mme THARIAT Juliette	Radiothérapie
M. TILLOU Xavier	Urologie
M. TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M. TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M. VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M. VIADER Fausto	Neurologie
M. VIVIEN Denis	Biologie cellulaire
Mme ZALCMAN Emmanuèle	Anatomie et cytologie pathologique

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018 Médecine générale

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François Addictologie

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

Année Universitaire 2017 / 2018

Doyen

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne Emery (3^{ème} cycle)

Directrice administrative

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian <small>sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18</small>	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LANDEMORE Gérard <small>sera en retraite à partir du 01/01/18</small>	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2017</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSEY Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale

Remerciements

À ma Présidente de jury,

Madame le Professeur Perrine Brazo

Professeur des Universités en Psychiatrie Adultes, Université Caen Normandie. Praticien Hospitalier,

Responsable du DES de Psychiatrie,

CHU de Caen.

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté la présidence de cette thèse et je vous en remercie pleinement. Je suis très honoré d'avoir pu bénéficier de votre accompagnement et de vos enseignements durant ces années d'internat.

Veillez recevoir l'expression de ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur Pascal Delamillieure

Professeur des Universités en Psychiatrie Adultes, Université Caen Normandie. Praticien Hospitalier,

Chef de service de Psychiatrie Adultes,

CHU de Caen.

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Vos multiples enseignements universitaires ainsi que vos séminaires sur la méditation pleine conscience ont largement contribué à mon apprentissage de jeune psychiatre.

Permettez-moi de vous exprimer toute ma gratitude et tout mon respect.

Madame le Professeur Bénédicte Clin-Godard

*Professeur des universités en médecine de santé au travail et pathologie professionnelle,
Université Caen Normandie,*

Praticien hospitalier,

Chef de service de la consultation de pathologie professionnelle

CHU de Caen.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse.

Nos brefs échanges sur ce sujet, ainsi que vos précieux conseils m'ont été d'une grande aide à l'élaboration de ce travail.

Soyez assurée de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Catherine Gindrey

Médecin pédopsychiatre, praticien hospitalier

CRIAVS Caen Basse-Normandie

EPSM de Caen.

Vous me faites l'honneur de diriger ce travail de thèse.

Je vous remercie infiniment pour votre soutien, vos conseils avisés, ainsi que votre expérience riche d'enseignements. J'aimerais également souligner votre bienveillance et votre gentillesse. Ce fut un réel plaisir d'élaborer ce travail avec vous.

Soyez assurée de mes plus sincères remerciements, ainsi que l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

À ceux qui ont pleinement contribué à ce travail,

À Madame Linda Müller, psychologue clinicienne au CRIAVS de Caen. Merci Linda pour ton expérience dans le champ de la psycho-traumatologie, pour tes conseils pertinents, ta relecture, ainsi que ton enthousiasme pour ce sujet.

À Monsieur le Docteur Morello, pour son aide précieuse et ses analyses statistiques d'une grande précision.

À Monsieur Fabien Chaillot, pour ses conseils éclairés sur l'aspect éthique et réglementaire nécessaires à la réalisation de cette thèse.

À mon frère, Monsieur Vincent Derdour. Merci pour tout ce temps consacré à la réalisation de la base de données. Ce fut un travail laborieux et conséquent.

À Madame Valérie Choul et l'équipe du CRIAVS pour leur accueil.

À Tout ces maîtres de stages, et les équipes rencontrées,

Au Docteur Catherine Adins-Avinée, pour m'avoir transmis le virus de la psychiatrie en milieu carcéral. Tu es un véritable modèle.

Au Docteur Marc Simonet, pour ton génie et ta clinique hors-pair.

Aux Docteurs Thierry Martin, Marc Casteleyn, Saïd Kasmi, Arnaud Poissier, Laure Ragonnet, Gaëlle Arc, Gwenaëlle Andro, Camille Rebillard, Thomas Fovet, Maud Bertrand qui ont tous contribué à ma formation.

Aux équipes paramédicales du SMPR de Caen dont la bonne humeur et la générosité me manque. De l'UHSA de Lille, en particulier de l'unité « Majorelle », pour leur bienveillance, leur solidarité et leurs caractères bien trempés.

Aux équipes paramédicales qui ont répondu au formulaire : le SMPR de Lille-Annoeullin, Lille-Sequedin, UHSA de Lille-Seclin, le SMPR d'Amiens, le SMPR de Caen, l'UHSA de Rennes que je remercie particulièrement.

A l'équipe d'Auvergne de Saint-lô avec qui, j'en suis sûr, l'on réalisera un très bon travail dans les années à venir.

À mes proches,

À mes parents,

Merci infiniment pour votre soutien inconditionnel à chaque étape, parfois difficile, de ces longues années d'études. Vos encouragements, votre générosité, vos principes ont fait l'homme que je suis et le futur médecin que je serai.

À mon frère,

Pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce travail, ainsi que tes encouragements. Petite pensée également à ta femme Zeljka et votre fils Milan.

À ma sœur,

Tu as fait preuve de pugnacité et d'un extrême courage ces derniers temps. Le « docteur Maboul » te remercie pour ton soutien. Pensée également à Antonio, à ma filleule Elena et à Julia qui voit le jour à ce moment précis où j'écris ces lignes.

À toute la famille Campos que je remercie pleinement. Je pense bien évidemment aux deux grandes figures de cette famille : mes grands-parents maternels (Julia et Placido) qui auraient été très fiers d'assister à ce moment.

À mes amis Lillois,

À mon Guich, merci pour ton humour potache, ton génie musical. On se revoit sur ta tournée internationale de basse-ukulélé.

À Chloé pour ta générosité, ton accueil à chacune de mes venues et tes conseils à écouter du Brel pour relativiser.

À Toto et Daphné, le meilleur duo de jazz Lillois.

À mes amis Caennais,

Oana, merci pour ta spontanéité et ton altruisme. Encore une bonne occasion de fêter ça autour d'une bonne Délired « Norok !!! ».

Nono, une date importante à marquer sur une frise chronologique. Merci pour ces bons moments passés ensemble. Je serai toujours ton Padawan de la TCC.

Ismaël, pour avoir été un co-interne et ami de choc.

Docteur Decerle, juste pour le plaisir de t'appeler ainsi.

Mehdi, qui nous a lâchement abandonné pour le pays Nantais.

Pierre, pour ta relecture et tes conseils.

À ma chère et tendre,

Merci mon bel amour pour ton soutien inconditionnel, ta tolérance à ma personnalité anxieuse, et tout simplement pour ton amour.

« Lorsque nous ouvrons notre cœur et notre esprit afin d'écouter le récit de traumatismes physiques et psychologiques, de violences perpétrées, de tragédies et de trahisons affectives, nos croyances et certitudes les plus chères sont ébranlées et nous sommes transformés. »

Christine Perreault, psychologue au service correctionnel du Canada, Laval, Québec.

Abréviations

APA : American Psychiatric Association

CFS-R : Compassion Fatigue Scale Revisited

CFST : compassion Fatigue Self Test

CIM : Classification Internationale Des Maladies

CUMP : Cellule D'urgence Médico-Psychologique

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESA : Etat de Stress Aigu

ESPT : Etat de Stress Post-Traumatique

FC : Fatigue de Compassion

Pro-QOL : Professional Quality Of Life

PTSD : PostTraumatic Stress Disorder

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

STS : Stress Traumatique Secondaire

TUC : Test d'Usure de Compassion

TV : Traumatisme Vicariant

UBRC : Unité de Biostatistique et de Recherche Clinique

UCSA : Unité de Consultation et de Soins en Ambulatoire

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

Tableaux et figures

Tableau 1 : tableau de comparaison des symptômes de l'ESPT avec ceux du STS

Tableau 2 : cadre conceptuel du processus de traumatisation

Tableau 3 : facteurs de risque de la fatigue de compassion

Tableau 4 : facteurs de protection de la fatigue de compassion

Figure 1 : représentation de la contagion traumatique

Figure 2 : modélisation du stress et de la fatigue de compassion de Charles Figley

Figure 3 : la santé mentale des personnes entrant en détention.

Figure 4 : représentation imagée des facteurs de protection de la fatigue de compassion

Figure 5 : répartition selon l'âge

Figure 6 : répartition par classe d'âge

Figure 7 : répartition en fonction du sexe

Figure 8 : répartition selon la situation matrimoniale

Figure 9 : répartition selon la variable « enfants »

Figure 10 : répartition selon la profession

Figure 11 : répartition selon la structure de soin

Figure 12 : répartition selon le scénario horaire

Figure 13 : répartition du score TUC (test d'usure de compassion)

Figure 14 : répartition selon le niveau de risque

Figure 15 : lien entre le score TUC et la situation matrimoniale

Figure 16 : lien entre le score TUC et avoir (ou non) des enfants.

Figure 17 : lien entre le score TUC et le statut de psychiatre.

Figure 18 : lien entre le score TUC et le statut d'interne

Figure 19 : lien entre le score TUC et le scénario horaire

Figure 20 : lien entre le score TUC et la charge de travail

Figure 21 : lien entre le score TUC et les occupations personnelles

Figure 22 : lien entre le score TUC et les consommations

Figure 23 : lien entre le score TUC et les temps de repos du weekend

Figure 24 : lien entre le score TUC et le fait de savoir se fixer des objectifs

Figure 25 : lien entre le score TUC et la satisfaction au travail

Figure 26 : lien entre le score TUC et la volonté d'arrêter l'activité en milieu carcéral

Sommaire

INTRODUCTION.....	p.1
<u>I. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ACTUELLES</u>	p.3
A. Historique et définitions des concepts de traumatisation secondaire	p.3
1. Le Burn-out.....	p.3
2. Le stress traumatique secondaire.....	p.5
3. Le traumatisme vicariant.....	p.6
4. La fatigue de compassion.....	p.7
5. Synthèse des définitions.....	p.9
6. Aspects Cliniques	p.10
a- Le stress traumatique secondaire.....	p.10
b- Le traumatisme vicariant.....	p.13
c- La fatigue de compassion.....	p.14
B. Cadres conceptuels	p.14
1. Cadre conceptuel de la traumatisation secondaire.....	p.14
2. Modélisation du stress et de la fatigue de compassion de Charles Figley.....	p.17
C. Place de la traumatisation secondaire dans les classifications internationales	p.19
1. Dans le DSM-III.....	p.19
2. Dans le DSM-IV.....	p.21
3. Dans le DSM-V.....	p.23
4. Dans la CIM 10.....	p.27
<u>II/ SEMIOLOGIE DE LA FATIGUE DE COMPASSION CHEZ LES SOIGNANTS</u>	p.28
A. Épidémiologie	p.28
1. Prévalence.....	p.28
2. Cas particulier des soignants en milieu carcéral.....	p.29

B. Signes cliniques	p.31
C. Facteurs de risque	p.31
1. Facteurs de risque personnel.....	p.32
a. Facteurs sociodémographiques.....	p.32
b. Facteurs biographiques.....	p.33
2. Facteurs de risque organisationnel.....	p.34
a. Les conditions de travail.....	p.34
b. L'environnement de travail.....	p.34
c. Le soutien organisationnel.....	p.35
D. Conséquences de la fatigue de compassion	p.36
1. Individuelles.....	p.36
2. Institutionnelles et sanitaires.....	p.36
3. Économiques.....	p.36
E. Facteurs de protection et outils de prévention	p.37
1. Axe individuel.....	p.37
2. Axe organisationnel et professionnel.....	p.38
F. Outils psychométriques	p.41

III/ ENQUETE TRANSVERSALE, MULTICENTRIQUE, AUPRES DES SOIGNANTS INTERVENANTS DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE EN MILIEU CARCERAL ..p.43

A. Objectifs de l'étude	p.43
1. Objectif primaire.....	p.43
2. Objectif secondaire.....	p.43
B. Matériels et méthodes	p.44
1. Présentation de l'étude.....	p.44
3. Population de l'étude.....	p.44
4. Méthode de recueil des données.....	p.44
a. Envoi du formulaire.....	p.44
b. Le questionnaire.....	p.44
5. Analyses statistiques.....	p.47

C. Résultats	p.49
A. Statistiques descriptives.....	p.49
1. Caractéristiques de la population.....	p.49
a. Données socio-démographiques.....	p.49
b. Données socio-professionnelles.....	p.52
2. Répartition du score TUC.....	p.54
3. Analyses bivariées.....	p.55
D. Analyse et interprétation des résultats	p.65
A. Analyses descriptives.....	p.65
1. Population et participation à l'étude.....	p.65
2. Age et expérience professionnelle.....	p.65
3. Sexe.....	p.65
4. Structure de soin.....	p.66
5. Répartition du scénario horaire.....	p.66
6. Répartition du score TUC.....	p.66
B. Analyses bivariées.....	p.66
C. Analyses non significatives.....	p.67
E. Discussion	p.69
CONCLUSION	p.71
Références bibliographiques	p.73
Annexes	p.82

Introduction

« Pourquoi est-ce que je dors mal ces derniers temps ? », « Pourquoi ai-je le besoin de sortir voir mes amis plus souvent que d'habitude et de fuir ainsi mon quotidien de travail ? », « Depuis combien de temps n'ai-je pas fait de sport ? », « Pourquoi est-ce que je n'arrête pas de penser aux discours de mes patients ? », « Pourquoi est-ce que je revis les scènes de violences décrites par ce patient ? ». Voici quelques-unes de mes interrogations lorsque j'étais en stage dans le service médico-psychologique régional de Caen, autrement dit : « la prison ».

Multiplés interrogations concernant ma qualité et mon rythme de vie, furent longtemps restées en suspens. Jusqu'au jour où j'ai découvert les mots du Docteur Madeleine Estryn-Béhar au sujet des risques professionnels et la santé des médecins, qui sont les suivants : « *Au service des patients, les médecins oublient parfois qu'ils sont eux-mêmes des patients potentiels* ».

À ce moment-là, il m'est apparu essentiel de tenter de comprendre cette expérience personnelle et professionnelle et ainsi d'explorer les différentes causes de ces différents ressentis.

Le premier réflexe, fut de me documenter sur le burn-out. Certains aspects de ce concept ont pu donner sens à certains symptômes ressentis comme l'anxiété, l'irritabilité, les troubles du sommeil. Mais ce qui m'handicapait le plus n'y était pas abordé : les pensées envahissantes et les reviviscences des scènes décrites par les patients.

C'est en découvrant les travaux de certains auteurs comme Stamm, Figley ou Pearlmann sur les conséquences biologiques, psychologiques et sociales de l'exposition prolongée aux discours des victimes de traumatismes, que les arcanes de la souffrance vécue lors de ce stage trouvèrent une certaine résonance. Cette « fatigue professionnelle » si singulière avait une autre cause : le matériel traumatique apporté par les patients. En effet, ces récits qui peuvent avoir des vertus cathartiques pour les patients, peuvent aussi générer chez les personnes qui les écoutent, des conséquences néfastes sur le plan émotionnel, cognitif, social et psychologique, et ainsi induire le développement d'un état de fatigue dit « fatigue de compassion ». Parmi ces professionnels l'on peut retrouver par exemple les policiers, les travailleurs

sociaux, les avocats, le personnel médical et paramédical. L'on retrouve également plus particulièrement les professionnels de soins en santé mentale, qui de par leur exposition aux patients présentant des troubles liés aux stress et aux traumatismes, représentent une population à haut risque de développer une fatigue de compassion. Ce « coût de prendre soin » comme le définit Figley, et qui se manifeste par une combinaison variable entre les symptômes du stress traumatique secondaire et ceux de l'épuisement professionnel, apportait enfin LA clef à tous les maux que j'avais ressentis lors de ce stage.

Bien connue de nos homologues canadiens et belges, comment se fait-il que la fatigue de compassion soit quasi inexistante dans le paysage de la psychiatrie française ? Ce stress professionnel peut représenter un réel enjeu de santé publique, en témoigne l'attention croissante accordée à la compréhension et à la description de nouveaux facteurs de risque professionnels nommés « risques psychosociaux ».

À ce jour dans la littérature, il n'existe aucune donnée concernant la fatigue de compassion chez les soignants en milieu carcéral. Or, ces professionnels se retrouvent confrontés à des patients dont les parcours de vie sont très souvent émaillés d'évènements traumatiques, et dont les actes commis sont parfois teintés de violence, voire même de très grande violence.

C'est à partir de ce constat, qu'il nous a semblé nécessaire de réaliser ce travail afin d'évaluer le potentiel risque de fatigue de compassion chez les intervenants en milieu carcéral.

Pour ce faire, nous allons, dans un premier temps, réaliser un « état des lieux » des connaissances actuelles. La fatigue de compassion s'inscrivant dans le registre de la traumatisation secondaire, au même titre que le traumatisme vicariant et le stress traumatique secondaire, il semble nécessaire de définir ces différents concepts. D'autant plus que les frontières entre ces derniers sont floues et peuvent donner lieu à certaines confusions.

Dans un second temps nous allons nous centrer sur la sémiologie de la fatigue de compassion, ainsi que les facteurs de risque et de protection de ce phénomène.

Enfin, dans un dernier temps, nous exposerons l'étude descriptive menée au sein des SMPR et UHSA de Lille, Amiens, Caen et Rennes, dont l'objectif principal était

d'évaluer le risque de fatigue de compassion et l'objectif secondaire était d'évaluer les facteurs de risque et de protection afin de les comparer à la littérature actuelle.

I. ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES ACTUELLES

A. Historique et définitions des concepts de la traumatisation secondaire

1. Le Burn-out

D'un point de vue sémantique, le terme anglais « to Burn out » signifie littéralement « s'user », « être épuisé », suite à une demande trop importante d'énergie. Il se traduit également par le fait de « laisser brûler jusqu'au bout », « s'éteindre » (Esnard et al., 2013).

Initialement, ce terme était employé dans l'industrie aérospatiale en décrivant les phénomènes de combustion totale d'un objet (GRANTHAM H, 1985). Actuellement, l'emploi de ce terme désigne le syndrome d'épuisement professionnel. Par similitude, le sujet s'use ou se consume au travail, épuisant ainsi ses ressources physiques et psychiques.

Historiquement, Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain d'origine Allemande, fut le premier à conceptualiser et à introduire le terme « Burnout

Syndrome » dans son article « staff burnout » (Freudenberger, 1974). Il définit ce phénomène comme un état d'épuisement et la perte d'implication d'une personne pour son travail surtout quand son implication n'a pas produit les résultats attendus.

Ce phénomène fut repris en 1978 par Christina Maslach. Cette psychologue américaine définit le Burn-out comme « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » (Maslach, 2003). Par cette définition, Christina Maslach modélise le concept de burn-out en trois dimensions (Maslach & Jackson, 1981).

La première dimension est représentée par le sentiment d'épuisement des ressources émotionnelles. La personne se sent « vidée nerveusement », ne réalisant ainsi plus les tâches quotidiennes qu'elle réalisait auparavant (Knapp et al., 2006).

La seconde dimension est la dépersonnalisation. Elle fait référence aux attitudes détachées, cyniques, négatives que le soignant manifeste auprès de ses patients.

Enfin, le manque ou la réduction de l'accomplissement personnel constitue la troisième dimension. Elle renvoie à l'auto-dévalorisation du soignant, à la perte d'estime de soi et de l'auto-satisfaction (Marc, 2010).

Ce modèle tridimensionnel ainsi que la « Maslach Burn-out Inventory » sont toujours des références dans la littérature actuelle (Maslach & Jackson, 1981).

De nos jours, l'OMS le définit comme « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle, et d'incapacité à aboutir des résultats concrets au travail* » (Begué-Simon, 2016).

2. Le stress traumatique secondaire

Charles R. Figley, professeur de psychologie et thérapeute familial à l'université de Floride est l'un des pionniers dans les recherches sur la traumatisation secondaire. En effet, ce chercheur s'est intéressé aux réactions de stress liées au combat après son retour du Vietnam à la fin des années 1960. En 1974, il a élaboré une bibliographie concernant les anciens combattants et les réactions de stress liées au combat. Dans son interview avec Gilman, Figley commente, « *Mes collègues et moi-même étions intéressés par les traumatismes : comment cela se joue-t-il dans la vie des gens ? L'opinion dominante était que lorsque la guerre était terminée physiquement, elle était psychologiquement terminée, et ceux qui prenaient beaucoup plus de temps pour se réadapter étaient probablement psychologiquement affaiblis quand ils entraient dans le service. Mais à travers nos recherches, nous avons clairement réfuté cette thèse.* » (Traduction libre) (Marchand & Min, 2007).

À la suite de quoi, Figley s'est intéressé aux familles d'anciens combattants et à leur façon d'être impactées par le traumatisme vécu par les vétérans.

Dans son article intitulé « *Psychosocial Adjustment Among Vietnam War Veterans: An Overview of the Research* », Figley fait naître l'idée que « *les familles, amis, et professionnels sont susceptibles de développer des symptômes de stress traumatique parce qu'ils ont un engagement empathique envers les victimes d'évènements traumatiques* ».

En 1985, Figley explique que ce traumatisme peut être divisé en quatre classifications distinctes (Figley, 1985).

1. Le traumatisme simultané : survient lorsque tous les membres du système familial sont touchés directement et en même temps par un évènement traumatique, par exemple par une catastrophe naturelle.
2. Le traumatisme vicariant : survient lorsqu'un seul membre de la famille est touché par un évènement sans contact avec les autres membres du système familial. Par exemple en cas de guerre, d'accidents de mine de charbon ou de situations de prise d'otages.

3. Le traumatisme intrafamilial et/ou abus : survient lorsqu'un membre cause une blessure émotionnelle et/ou physique à un autre membre.
4. Le traumatisme chiasmal ou secondaire : survient lorsque le stress traumatique semble « infecter » l'ensemble du système après sa première apparition sur un seul membre.

Ainsi, Charles Figley posa son modèle heuristique de la traumatisation secondaire.

Il précisera par la suite que ce stress traumatique secondaire n'affecte pas uniquement les membres de la famille ou les amis de la victime. Mais il peut impacter également les professionnels de la relation d'aide (Figley, 1995b).

3. Le traumatisme vicariant

Le terme « vicariant » provient de l'anglais « Vicarious » signifiant le fait de vivre l'expérience de l'autre à travers une participation empathique (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2013).

Il fut pour la première fois évoqué par Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman dans l'article « *Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims* » paru en 1990 (McCann & Pearlman, 1990).

Dans le cadre de leur nouvelle théorie « constructiviste d'auto-développement » en référence à la théorie de Jean Piaget (1923), les auteurs proposent d'établir un lien entre le discours détaillé et douloureux des patients et les schémas cognitifs et les croyances que le thérapeute a sur lui et/ou sur autrui.

Par la suite, les écrits scientifiques portant sur ce sujet, définissent le traumatisme vicariant comme un changement profond de la vision du monde, de l'identité et des croyances du thérapeute face au matériel traumatique apporté régulièrement par les patients. En outre, il s'opère un bouleversement négatif des cadres de références du

thérapeute (Laurie Anne Pearlman, 1995). Ce processus de changement graduel peut être durable pour le soignant et ainsi persister de nombreuses années.

Les auteurs, tout en reconnaissant la parenté du traumatisme vicariant avec les autres concepts comme le burn-out, traumatisme secondaire ou contre-transfert, font état de différences fondamentales. En effet, les notions de traumatisme secondaire et de burn-out mettent l'accent sur l'apparition de symptômes chez le thérapeute, le contre-transfert sur la relation entre le thérapeute et le patient dans le cadre de la théorie psychanalytique. Alors que le traumatisme vicariant met en avant la transformation profonde du thérapeute au cours de sa vie professionnelle (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2013).

4. La fatigue de compassion

Dans son ouvrage « Coping with compassion » paru en 1992, Carla Joinson emploie le terme de « fatigue de compassion ». C'est la première fois que ce terme apparaît dans la littérature afin de désigner un certain type d'épuisement professionnel affectant les professionnels de santé, notamment les infirmiers exerçants dans les services de soins d'urgences.

Dans cet article, Carla Joinson argumente et affirme les aspects nocifs de la fatigue de compassion chez les soignants par le fait qu'elle soit émotionnellement dévastatrice, que le parcours de vie des soignants peut être un facteur de risque, que les sources extérieures qui la provoquent sont inévitables ; et enfin, que la fatigue de compassion est presque impossible à reconnaître sans une conscience accrue du phénomène (Joinson, 1992).

Par cette observation, Joinson observe que la fatigue de compassion repose sur l'accueil du matériel traumatique dans le discours des patients, et affecte singulièrement les personnes en relation d'aide (avocats, médecins, infirmières, aide soignantes...) ce qui la distingue du burn-out.

Cette nouvelle entité, qu'est la fatigue de compassion, est définie dans la littérature contemporaine sous d'autres vocables selon les auteurs créant ainsi un flou nosologique.

En effet, la même année, C. Figley définit le phénomène de « stress de compassion » comme « *une érosion graduelle de notre empathie, de notre espoir et de notre compassion pour les autres et pour nous-mêmes* ».

Tandis que Judith Lewis Herman décrit que « *le traumatisme est contagieux. Dans le rôle de témoin d'un désastre ou d'une atrocité, le thérapeute est parfois émotionnellement débordé. Il éprouve, dans une moindre mesure, la même terreur, la même rage et le même désespoir que le patient* » définissant ainsi ce phénomène comme « contre transfert traumatique » ou « traumatisation vicariante » (Herman, 1997).

C'est donc dans une volonté de standardiser la nomenclature que Stamm et Figley, en 1993, discutent de la nécessité d'employer le terme de fatigue de compassion à la place de Stress de compassion. Charles Figley a constaté que les infirmières ont exprimé leurs inquiétudes quant à l'aspect péjoratif de cette dénomination de stress de compassion. Tandis que Stamm considère que ce n'est pas un terme adéquat pour définir la capacité à prendre soin de l'autre (Figley, 1995b).

En 1998, Figley révisé sa définition pour dire que la fatigue de compassion est « *un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social résultant de l'exposition prolongée au stress de compassion. C'est une forme d'épuisement professionnel* » (Figley, 1998).

5. Synthèse des définitions

Le traumatisme vicariant

Comme défini initialement par Pearlman et Saakvitne en 1995, le traumatisme vicariant se conçoit comme un processus de changement profond et durable de l'identité du thérapeute qui est en contact régulier avec des patients ayant subi des traumatismes psychiques. Le thérapeute souffrant de traumatisme vicariant, se voit modifier tous ses cadres de référence : son estime de soi, son identité, sa vision du monde. Au contact régulier de patients psycho-traumatisés, il se voit obligé d'intégrer une nouvelle réalité qui l'entoure. C'est la nature même du matériel traumatique qui est à l'origine du traumatisme vicariant (Laurie Ann Pearlman & Saakvitne, 1995) (Kédia & Sabouraud-Séguin, 2013).

Le stress traumatique secondaire

Comme énoncé par Charles Figley, le stress traumatique secondaire se définit comme l'expression d'émotions et de comportements naturels secondaires à la connaissance d'un évènement traumatisant subi par une tierce personne. C'est un stress survenant au fait d'aider ou de vouloir aider une personne victime. La définition du stress traumatique secondaire met l'accent sur l'apparition de symptômes chez le thérapeute. Cette symptomatologie est proche de l'ESPT (Figley, 1995).

La fatigue de compassion

La fatigue de compassion se définit comme un sentiment d'épuisement physique et émotionnel éprouvé par les soignants au contact de patients ayant subi un traumatisme. C'est un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social. Les manifestations cliniques sont une combinaison variable entre les symptômes du stress traumatique secondaire et ceux de l'épuisement

professionnel. Charles Figley définit ce terme comme le coût de prendre soin « Cost of Caring » (Figley, 1995).

Le burn out

Il se définit comme la fatigue émotionnelle qui résulte du stress professionnel, plus singulièrement des relations interpersonnelles au travail. Il existe des analogies entre les notions de fatigue de compassion et le burn-out. Cependant, la fatigue de compassion concerne uniquement les professions de la relation d'aide (sphère médico-psychologique, sociale, éducative, judiciaire etc.) contrairement au burn-out qui demeure un concept plus large, touchant toutes les professions (Conrad & Kellar-Guenther, 2006).

6. Aspects cliniques

Les termes de fatigue de compassion, de stress traumatique secondaire et de traumatisme vicariant représentent des réactions psychologiques que les soignants peuvent développer lorsqu'ils sont en contact permanent avec des patients traumatisés. Bien que ces concepts soient parfois employés de manière interchangeable dans la littérature, ils se distinguent par leur présentation clinique.

a- Le stress traumatique secondaire

Le terme de Stress Traumatique Secondaire n'est pas repris dans une nomenclature officielle de classification des troubles psychologiques ou psychiatriques. Ainsi de nombreux auteurs y font référence sans pour autant obtenir un véritable consensus.

La symptomatologie du STS est proche de l'ESPT. Elle s'assimile en partie ou complètement aux symptômes d'ESPT vécus par la victime primaire (Serniclaes, 2003) (Jenkins & Baird, 2002).

Le soignant peut donc souffrir :

- de symptômes intrusifs tels que des souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants, des rêves récurrents dont le contenu et/ou les émotions, sont liés à l'évènement traumatique de la victime primaire.
- de réactions dissociatives, comme des flashbacks au cours desquels la personne se sent ou agit comme si l'évènement traumatique se reproduisait.
- de conduites d'évitement comme les tentatives d'évitement de souvenirs, des pensées et/ou sentiments relatifs à l'évènement traumatisant du patient, provoquant un sentiment de détresse.
- de modifications profondes de l'état d'éveil et de la réactivité comme l'irritabilité et/ou accès de colère, des comportements irréfléchis, une hypervigilance, des problèmes de concentration, des troubles du sommeil ou encore des réactions de sursauts exagérées.
- d'altérations des cognitions et de l'humeur comme l'incapacité de se souvenir d'éléments importants de l'évènement traumatique subi par le patient, des croyances négatives et persistantes à propos de soi-même, d'autrui et du monde, un état émotionnel négatif persistant, un sentiment de détachement ou de devenir étranger aux autres.

Etat de stress post-traumatique	Etat de stress traumatique secondaire
<p>A. Stresseurs</p> <p>1). Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.</p> <p>2). La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Un événement du type -menace sérieuse pour soi -destruction soudaine de son environnement</p>	<p>A. Stresseurs</p> <p>1). Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.</p> <p>2). La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Un événement du type -menace sérieuse pour la personne traumatisée -destruction soudaine de l'environnement de la personne traumatisée</p>
<p>B. Réviviscence de l'évènement traumatique</p> <p>1). <i>Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement</i></p> <p>2). <i>Rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse.</i></p> <p>3). <i>Impression ou agissements soudains "comme si" l'évènement traumatique allait se reproduire.</i></p> <p>4). <i>Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.</i></p> <p>5) <i>Réactivité physiologique</i></p>	<p>B. Réviviscence de l'évènement traumatique</p> <p>1) <i>Souvenirs répétitifs et envahissants de l'évènement/Personne traumatisée</i></p> <p>2) <i>Rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse/ Personne traumatisée</i></p> <p>3) <i>Impression ou agissements soudains "comme si" l'évènement traumatique allait se reproduire /Personne traumatisée.</i></p> <p>4) <i>Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause/ Personne traumatisée.</i></p> <p>5) <i>Réactivité physiologique</i></p>
<p>C. Evitement et émoussement de la réactivité</p> <p>1) <i>Efforts pour éviter les pensées, les sentiments</i></p> <p>2) <i>Efforts pour éviter les activités, les endroits.</i></p> <p>3) <i>Amnésie psychogénique</i></p> <p>4) <i>Réduction de l'intérêt pour des activités importantes</i></p> <p>5) <i>Sentiment de détachement d'autrui.</i></p> <p>6) <i>Restriction des affects</i></p> <p>7) <i>Sentiment d'avenir "bouché"</i></p>	<p>C. Evitement et émoussement de la réactivité</p> <p>1) <i>Efforts pour éviter les pensées, les sentiments</i></p> <p>2) <i>Efforts pour éviter les activités, les endroits.</i></p> <p>3) <i>Amnésie psychogénique</i></p> <p>4) <i>Réduction de l'intérêt pour des activités importantes</i></p> <p>5) <i>Sentiment de détachement d'autrui.</i></p> <p>6) <i>Restriction des affects</i></p> <p>7) <i>Sentiment d'avenir "bouché"</i></p>
<p>D. Hyperactivité neurovégétative</p> <p>1) <i>Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.</i></p>	<p>D. Hyperactivité neurovégétative</p> <p>1) <i>Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.</i></p>

2) Irritabilité ou accès de colère.	2) Irritabilité ou accès de colère.
3) Difficultés de concentration.	3) Difficultés de concentration.
4) Hypervigilance	4) Hypervigilance pour la Personne traumatisée
5) Réaction de sursaut exagérée.	5) Réaction de sursaut exagérée

Tableau 1. Tableau de comparaison des Symptômes de ESPT avec ceux du STS (Personne Traumatisée/ Victime directe (Serniclaes, 2003).

b- Le traumatisme vicariant

Les symptômes du TV se définissent par un changement durable et profond des cadres cognitifs de références du soignant en lien avec son identité, sa vision du monde, sa spiritualité, ses compétences et son estime de soi.

Saaktvinne précise que le TV se manifeste par de fortes émotions telles que la colère, résultant de la prise de conscience au travers des victimes de la cruauté et de l'indifférence du potentiel humain, par un discours de plus en plus marqué par le cynisme, par un sentiment de « déconnexion » ou de détachement vis-à-vis des proches, par une apparition d'affects dépressifs, de sentiment d'impuissance, par un recours fréquents aux conduites addictives et par un sentiment d'isolement et de marginalisation (Saakvitne & Pearlman, 1996).

À cela, peut être retrouvé des éléments de PTSD tels que des flash-back, des cauchemars en lien avec les histoires traumatiques, une anesthésie émotionnelle, et des expériences de dissociation.

Le traumatisme vicariant est un processus cumulatif pouvant conduire à des changements profonds et durables. Le professionnel ne se rend pas compte de la transformation graduelle qui s'opère en lui (McCann & Pearlman, 1990).

c- La fatigue de compassion

Selon Figley, la FC peut se définir comme « une érosion graduelle de notre empathie, de notre espoir et de notre compassion pour les autres et pour nous-même ». Cliniquement, elle peut se traduire par une combinaison des symptômes du STS et du Burn-out. La description symptomatologique sera abordée plus spécifiquement dans la seconde partie.

B. Cadres conceptuels

1. Cadre conceptuel de la traumatisation secondaire

Les effets de la traumatisation secondaire sont reconnus depuis peu par les nomenclatures officielles qui régissent la pratique psychiatrique (uniquement le DSM-V, pas dans la CIM 10) mais ne sont pas définis de manière consensuelle dans la littérature. Ce qui rend la validation des concepts de fatigue de compassion et de traumatisme vicariant difficile. Un cadre conceptuel global doit être alors posé comme préalable afin de pouvoir présenter de manière cohérente la problématique de traumatisation secondaire. C'est ce que propose d'établir Olivier Serniclaes, psychologue belge, dans son article intitulé « *Intervenants psychosociaux face aux victimes. Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte* » (Serniclaes, 2003) (Auxenfants-Bonord, 2017).

Dans cet article, l'auteur évoque que le nœud de la problématique est constitué par l'évènement traumatique. La personne confrontée à cette situation d'effroi sera nommée victime. Cette victime initiale, l'auteur la nomme *victime primaire*. Elle subit une traumatisation directe et présentera probablement des symptômes d'état de stress aigu et/ou d'état de stress post-traumatique. La première onde de choc traumatique

viendra toucher l'entourage direct de la victime primaire et tous les professionnels (sauveteurs, aidants) qui seront au contact de la victime en situation de crise. Ces personnes sont considérées comme des victimes secondaires potentielles et peuvent vivre une probable traumatisation secondaire qui provoquera des troubles spécifiques de stress traumatique secondaire. Sur un plan symptomatologique, le STS ne se différencie guère de l'ESPT.

Pour Olivier Serniclaes, les professionnels de la prise en charge thérapeutique situés en seconde ligne, comme les psychologues, psychiatres et psychothérapeutes sont potentiellement des victimes tertiaires. Ces thérapeutes subiront éventuellement un processus de traumatisation vicariante et de fatigue de compassion du fait de l'écoute empathique du récit traumatique de la victime primaire.

Enfin un dernier niveau conceptuel est constitué par le cadre de la traumatisation : ce même cadre qui structure l'univers des individus impliqués, c'est-à-dire le lieu de vie personnel ou professionnel, les règles et lois implicites ou explicites, les liens et interactions inter-personnels. Pour la victime primaire, il y a effraction du réel traumatique qui peut entraîner une perte des repères en lien avec une rupture de son cadre de vie ou de travail. Pour les victimes secondaires, représentées par l'entourage, le cadre de vie est perturbé et bouleversé par le processus de traumatisation indirecte. Le cadre devient alors fluctuant et indéfini. Les sauveteurs et les intervenants de premier secours peuvent à la fois, subir une traumatisation directe ou indirecte. Enfin les victimes tertiaires, représentées par les thérapeutes, fonctionnent dans un cadre défini (cadre thérapeutique) et peuvent subir des conséquences spécifiques telles que la fatigue de compassion.

L'auteur tente de synthétiser ce cadre conceptuel par ce tableau ci-dessous :

Type de victimes	Processus de traumatisation	Publics cibles	Conséquences spécifiques	Cadre
Victime primaire	Traumatisation directe	- Survivant - Témoin - Sauveteur	- ESA - ESPT	Rupture, effraction
Victime secondaire	Traumatisation indirecte	- Sauveteurs - Intervenants psy de crise - Entourage, collègues	- STS - Deuil traumatique	Cadre indéfini et fluctuant
Victime tertiaire	Traumatisation vicariante	- Thérapeute	- FC	Cadre thérapeutique

Tableau 2: Cadre conceptuel du processus de traumatisation (Serniclaes, 2003).

Si l'on devait représenter de manière très schématique les ondes de choc du traumatisme psychique subi par la victime primaire et qui progressivement s'étendent aux proches directs, aux voisins, aux collègues, aux sauveteurs et aux thérapeutes, cela donnerait le schéma ci-dessous :

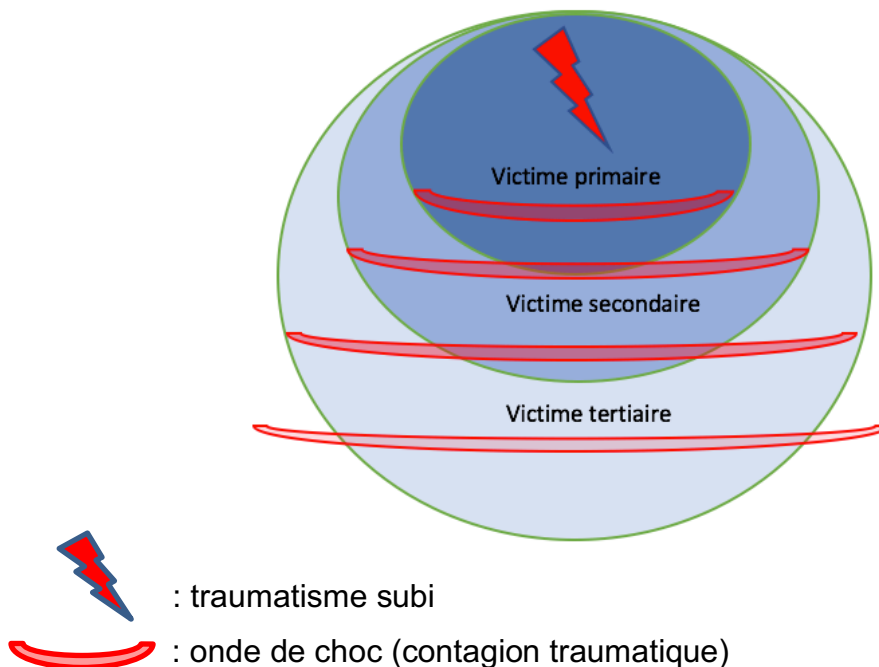


Figure 1 : représentation de la contagion traumatique

2. Modélisation du stress et de la fatigue de compassion de Charles Figley

Afin de comprendre les conséquences de la souffrance et du matériel traumatique apportés par le patient sur les soignants, Figley a établi un modèle théorique. Ce modèle est centré sur le rôle central de l'empathie et l'engagement émotionnel dans le développement de la fatigue de compassion.

Comme le spécifie Charles Figley, la fatigue de compassion se conçoit comme « un état d'épuisement et de dysfonctionnement biologique, psychologique et social, résultant d'une exposition prolongée au stress de compassion ». Ce stress de compassion, défini par Figley comme « le stress lié à l'exposition à une victime souffrante », dépend de l'interaction de différentes variables (Figley, 2002) (Auxenfants-Bonord, 2017).

La première étant « *l'empathic ability* ». Elle se définit littéralement comme l'attitude empathique qui se traduit par la capacité du soignant à prêter attention à la souffrance du patient. Cette variable sous-tend l'ensemble du processus et est donc un élément clé du développement de la fatigue de compassion. Ainsi le risque de l'empathie est la propension à la contagion émotionnelle, par laquelle le soignant par des mécanismes de mimétisme, où sont engagés les neurones miroirs, peut ressentir les mêmes émotions et sentiments que le patient, au point qu'il peut s'en sentir submergé.

L'empathie implique également la notion de sollicitude (*empathic concern*). Autre variable qui se caractérise par l'aptitude à se soucier de la souffrance d'autrui, motivant ainsi l'action. La contagion émotionnelle et la sollicitude du soignant influencent la réponse empathique. L'« *empathic response* » qui est l'effort du thérapeute à réduire la souffrance du patient. Effort, dont l'intensité et la nature, résulte essentiellement de la subjectivité du soignant. La capacité de distanciation (*detachment*) face à la souffrance du patient et le sentiment de satisfaction (*sens of satisfaction*) que le soignant puise de son effort conditionnent le stress de compassion. Ce stress de compassion (*residual compassion stress*), augmente le risque de fatigue de compassion.

Enfin, d'autres éléments interviennent dans le développement de la fatigue de compassion : les souvenirs traumatiques (*traumatic memories*) qui peuvent provoquer les symptômes d'ESPT ainsi que les réactions émotionnelles, comme des éléments anxio-dépressifs, l'exposition prolongée à la souffrance d'autrui (*prolonged exposure to suffering*) et les perturbations dans la vie personnelle du thérapeute comme la maladie ou « autres demandes » de la vie quotidienne (*other life demands*). Initialement ces perturbations n'occasionneraient pas de détresse. Mais combinées aux autres variables du modèle de Figley, elles augmentent le risque de développer une fatigue de compassion.

Ce modèle, bien qu'il soit admis et repris de manière courante afin d'expliquer les processus pouvant amener à la fatigue de compassion, est cependant soumis à diverses critiques (Adams, Boscarino, & Figley, 2006).

La première critique fait référence à l'aspect dichotomique de ce modèle. En effet, certains auteurs estiment que les réactions des soignants peuvent être plus nuancées en intensité. En effet, le soignant peut être sévèrement, modérément ou légèrement touché par la FC ou alors ne présenter aucun symptôme (Sabo, 2011).

La seconde critique, est portée sur l'absence de référence aux effets potentiellement bénéfiques de l'empathie au sein de la relation soignant/soigné. En effet, comme le souligne Beth Hudnall Stamm, un soignant peut ressentir du plaisir en aidant ses patients et avoir le sentiment de contribuer positivement au bien-être personnel de ceux-ci, ainsi que de faire un travail valable pour l'ensemble de la société (Stamm, 2010). Ainsi le soignant peut acquérir un degré considérable de satisfaction à apporter de l'aide aux personnes qui ont été victimes de traumatismes. Ce phénomène positif, pouvant nuancer les effets délétères de la FC, Stamm va le nommer la « satisfaction de compassion ». Cette vision vient contraster le postulat de Figley où dans lequel l'empathie est considérée comme un facteur de risque (Stamm, 2002).

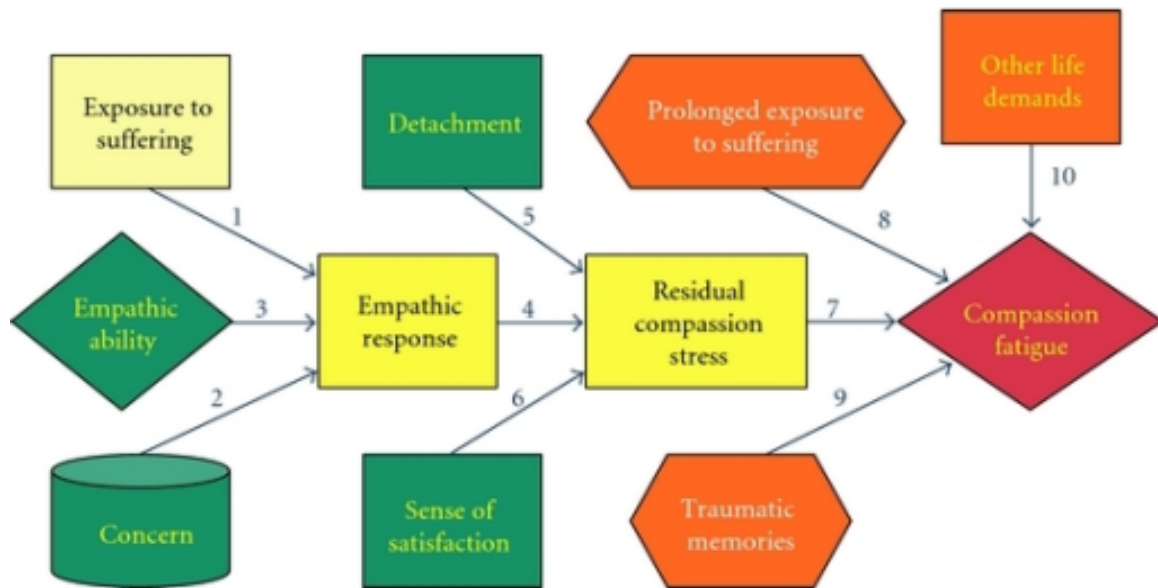


Figure 2 : Modélisation du stress et de la fatigue de compassion de Charles Figley (Figley, 2002).

C. La place de la traumatisation secondaire dans les classifications internationales

1. Dans le DSM-III

Suite aux séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam, le DSM-III, introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé « *Post-Traumatic Stress Disorder* », mieux connu par l'acronyme PTSD (traduit en français par Etat de Stress Post Traumatique ou ESPT). Ce syndrome a permis de réaliser une avancée considérable dans la clinique de la psycho-traumatologie. En effet, en légitimant le PTSD, cela a permis d'attribuer les réactions post-traumatiques des vétérans à un agent extérieur et non à une vulnérabilité individuelle comme cela été

considéré jusqu'alors. De plus, le PTSD induit que les vétérans puissent être victimes et donc bénéficiaires d'indemnités financières. Enfin, les troubles ne sont pas uniquement l'apanage des affrontements armés ; le diagnostic de PTSD est applicable aux troubles consécutifs à la guerre ainsi qu'à d'autres événements délétères (JOSSE, 2013).

Les critères diagnostiques du PTSD dans le DSM III sont (DSM-III-R, 1988) :

- Critère A : un événement qui provoquerait de la détresse chez quiconque.
- Critère B : au moins 1 sur 3 symptômes de reviviscence (souvenirs répétitifs et envahissants - rêves répétitifs - vécus comme si l'événement se reproduisait)
- Critère C : au moins 1 sur 3 symptômes d'émoussement-détachement (réduction de l'intérêt pour les activités significatives - sentiments de détachement ou de devenir étranger aux autres - restriction des affects)
- Critère D : au moins 2 sur 6 symptômes d'hyper-réactivité (état de qui-vive ou peur exagérée - troubles du sommeil - culpabilité - altération de la mémoire, difficulté de concentration - évitement des activités rappelant le trauma - aggravation des symptômes si exposé à un stimulus évocateur).

L'ESPT est aigu si les symptômes ont débuté il y a moins de 6 mois et chronique si les symptômes sont présents depuis plus de 6 mois.

Le DSM III, bien qu'il ne fasse aucune référence à la traumatisation secondaire, a permis de réaliser une avancée considérable en assimilant la notion de pathologie liée au stress, et en introduisant la notion de traumatisme psychique auprès d'un large public.

2. Dans le DSM-IV

La quatrième édition (*DSM-IV*), prolongeant et approfondissant le *DSM-III*, est publié en 1994. L'APA ajoute l'entité d'état de stress aigu dans le diagnostic de PTSD afin de tenir compte des réactions manifestées pendant le premier mois. Ce qui n'était pas considéré lors de la troisième version du DSM. De plus, le DSM-IV ajoute une exigence importante : pour être qualifié de traumatique, l'évènement doit avoir suscité un vécu subjectif négatif (sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance). Enfin, l'on voit également s'élargir le spectre des modes possibles de la traumatisation avec la notion de traumatisation indirecte dans le spectre familial et amical proche (critère A.1) (Mezzich, 2002).

Les critères diagnostiques du DSM-IV sont (DSM-IV) :

- Critère A : le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents.

A 1. Le développement de symptômes caractéristiques suite à l'exposition à un facteur de stress extrêmement traumatique incluant l'expérience personnelle d'un événement où l'individu a pu trouver la mort ou être très gravement blessé, où son intégrité physique a pu être menacée d'une autre façon ; ou le fait d'être témoin d'un événement impliquant la mort, la blessure, ou la menace à l'intégrité physique d'une autre personne ; ou la connaissance d'une mort violente ou inattendue, d'une blessure sévère, ou d'une menace de mort ou de blessure d'un membre de la famille proche ou d'un ami proche

A 2. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

- Critère B : l'événement traumatique est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes

B 1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images des pensées ou des perceptions.

B 2. Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.

B 3. Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (illusions, hallucinations, flash-back).

B 4. Sentiment intense de détresse psychologique lors de l'exposition à des indices externes ou internes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

B 5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'évènement traumatique en cause.

- Critère C : Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), avec au moins trois des manifestations suivantes.

C 1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associées au traumatisme.

C 2. Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

C 3. Incapacité à se rappeler un aspect important du traumatisme.

C 4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités antérieurement importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités.

C 5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien sentiment de devenir étranger aux autres personnes.

C 6. Restriction des affects (par exemple : incapacité à éprouver des sentiments tendres).

C 7. Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple : ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants...)

- Critère D : Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme); au moins deux des manifestations suivantes.
 - D 1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
 - D 2. Irritabilité ou accès de colère.
 - D 3. Difficultés de concentration.
 - D 4. Hyper-vigilance
 - D 5. Réactions de sursaut exagérée

- Critère E : Les perturbations des critères B, C et D durent plus d'un mois.

- Critère F : La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Lors de la révision du DSM-IV (DSM IV-TR), la modification du critère A1 invalide la notion de traumatisation indirecte, avec la disparition de la connaissance d'un décès ou d'un évènement grave d'un proche comme potentiel évènement traumatique. Ce qui constitue un pas en arrière dans la reconnaissance et la légitimation de la traumatisation secondaire.

3. Dans le DSM-V

En 2013, dans la nouvelle édition du DSM, l'APA apporte des modifications significatives dans la reconnaissance de la traumatisation secondaire. En effet, alors que le DSM-IV considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble post-traumatique aigu ou chronicisé, la nouvelle version admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe (famille et amis proches) ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des récits sordides en raison de ses activités professionnelles. Comme en manifeste les critères A3 et A4 (Auxenfants-Bonord, 2017).

Les critères diagnostique du DSM-V sont (Levin, Kleinman, & Adler, 2014):

- Critère A : exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

A 1. Vivre directement l'événement traumatique.

A 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.

A 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche. **Note** : En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.

A 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers). **Note** : Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais des médias électroniques, de la télévision, de films ou de photos, à moins que cette exposition soit liée au travail.

- Critère B : présence d'un (ou plusieurs) des symptômes intrusifs suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

B 1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants âgés de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'événement traumatique sont exprimés.

B 2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique. **Note** : Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

B 3. Réactions dissociatives (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de

l'environnement actuel.) **Note** : Chez les enfants, des reconstitutions du traumatisme peuvent se produire dans le jeu.

B 4. Détresse psychologique intense ou prolongée à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

B 5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

- Critère C : évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

C 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

C 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

- Critère D : altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

D 1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).

D 2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde (par exemple, « Je suis mauvais », « On ne peut faire confiance à personne », « Le monde est

complètement dangereux », « Mon système nerveux entier est définitivement ruiné ».

D 3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.

D 4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).

D 5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.

D 6. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.

D 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

- Critère E : altérations marquées dans l'activation et la réactivité associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

E 1. Comportement irritable et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.

E 2. Comportement imprudent ou autodestructeur.

E 3. Hypervigilance.

E 4. Réaction de sursaut exagérée.

E 5. Problèmes de concentration.

E 6. Troubles du sommeil (par exemple, difficultés à s'endormir ou à rester endormi ou sommeil agité).

- Critère F : la durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est de plus que 1 mois.
- Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels, ou autres domaines importants.
- Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

4. Dans la CIM 10

Dans la CIM 10, le syndrome de stress post-traumatique appartient à la catégorie des réactions à un stress sévère et trouble de l'adaptation. Il est ainsi défini comme « *une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus* ».

Ainsi, il n'y a aucune référence à la traumatisation secondaire dans cette classification.

II. SEMIOLOGIE DE LA FATIGUE DE COMPASSION CHEZ LES SOIGNANTS

A. Épidémiologie

1. Prévalence

Les différents concepts portant sur la traumatisation secondaire tels que la FC, le TV ou encore le STS ne sont étudiés que depuis une vingtaine d'années par les travaux précurseurs de Figley sur les effets psychologiques du travail de soignant auprès des victimes de violences.

Depuis, la littérature n'a cessé de s'étoffer, mettant ainsi en exergue les groupes de professionnels considérés comme « à risque » (Bell, Kulkarni, & Dalton, 2003).

Historiquement, le premier groupe à avoir été étudié était constitué d'intervenants de première ligne. Ces « trauma workers », comme on les nomme Outre-Atlantique, et qui sont confrontés de manière constante à des traumatismes physiques et/ou psychiques, sont les policiers, les pompiers, les équipes du SMUR ou encore de la CUMP (Lesaca, 1996) (Follette et al., 1994). Ce constat fut objectivé par une étude menée à grande échelle évaluant la FC des intervenants impliqués dans la prise en charge des victimes de l'attentat d'Oklahoma en 1995. Les résultats de cette étude sont assez probants, montrant ainsi que la majorité des intervenants (73.5%) présentaient un risque de développer une FC, 23.5% à risque modéré, 29.4% à haut risque, 20.6% à très haut risque (Wee & Myers, 2002). Par la suite, d'autres études ont pu démontrer que d'autres travailleurs de différents milieux professionnels, et dont l'essence même étaient l'interaction avec des victimes de traumatisme, étaient à risque de développer une usure compassionnelle. Ce sont les intervenants en centre d'appel téléphonique, les avocats, les journalistes, ou encore les prêtres (Dunkley & Whelan, 2006b) (Stamm, 2002) (Laurie Ann Pearlman & Saakvitne, 1995).

Les personnels soignants suscitent l'attention de nombreux auteurs ces deux dernières décennies. De nombreuses publications ont été réalisées sur les soignants d'unités de soins palliatifs, les personnels des services d'urgences et de réanimation (Hunsaker et al., 2015) (Meadors & Lamson, 2008).

De manière plus singulière, les soignants en santé mentale sont des sujets à très haut risque de FC (internes en psychiatrie, infirmiers, psychologues, psychiatres) (Figley, 2002) (Boscarino et al., 2010) (Collins & Long, 2003) (Zimering, 2003). Cela peut s'expliquer par une exposition plus conséquente à la souffrance et au matériel traumatique. En effet, les patients souffrants de pathologies mentales sont vulnérables de par leurs pathologies mais aussi par leurs parcours de vie émaillés de situations violentes et psychotraumatismes divers, et par conséquent, présentent un taux d'ESPT bien plus élevé que la population générale. La pratique quotidienne auprès de ces patients constitue donc un facteur de risque élevé de développer une FC mais aussi un STS ou un TV, tout comme le démontre une étude réalisée auprès de 300 professionnels en santé mentale qui souligne que 27 % d'entre eux éprouvent une détresse extrême due au travail et que 18 % sont atteints de FC (Meldrum, King, & Spooner, 2002).

2. Cas particulier des soignants en milieu carcéral

Actuellement dans le monde, 30 millions d'individus passent par la prison au cours d'une année, pour des peines d'une durée moyenne de quelques mois. Au sein de cette population, la prévalence des troubles psychiatriques est largement supérieure à celle de la population générale. En effet, les études montrent qu'environ 35% des personnes incarcérées présentent un trouble psychiatrique (Fovet et al., 2018) (Fazel et al., 2016).

Parmi ces troubles, l'état de stress post-traumatique est surreprésenté en prison. En effet, une étude à la prison de Remire- Montjoly (Guyane) a identifié une prévalence de 17 % pour le trouble stress post-traumatique sur un échantillon de plus de 500 arrivants en détention (Arnal et al., 2016). Une autre étude plus récente, menée auprès

de personnes majeures entrées en détention entre 2014 et 2017 dans le Nord-pas-de-Calais, qui compare les prévalences des troubles psychiatriques des personnes entrant en détention avec celle d'une population appariée de la même région, démontre la surreprésentation des maladies psychiatriques au sein des établissements pénitentiaires (Fovet et al., 2018).

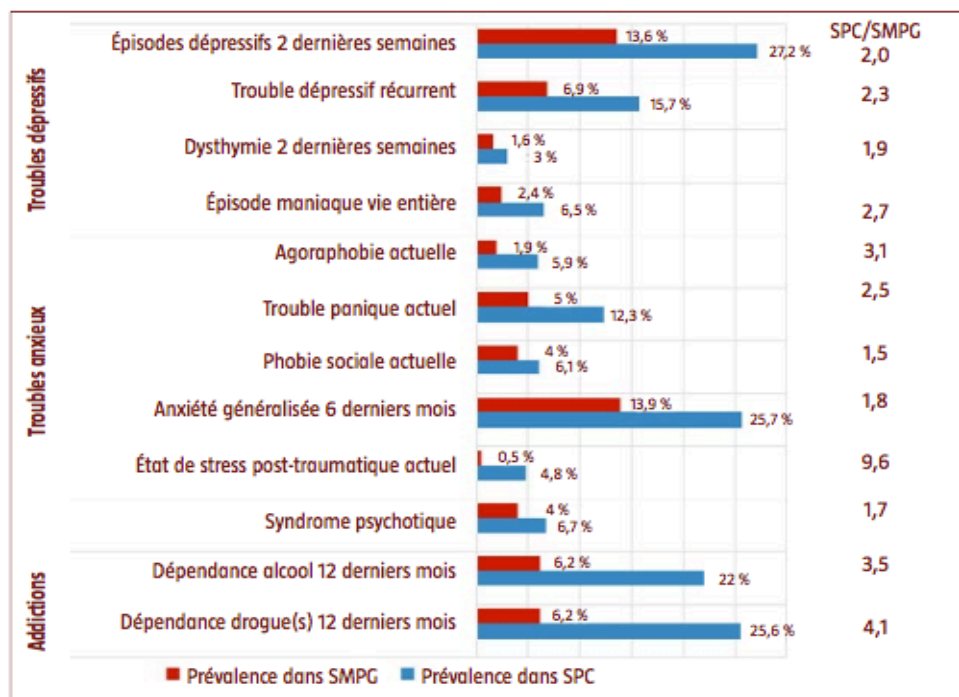


Figure 3 : La santé mentale des personnes entrant en détention. (Fovet et al., 2018).

Outre la forte prévalence des pathologies psychiatriques en détention, d'autres facteurs peuvent accentuer la vulnérabilité des personnes incarcérées : les pathologies somatiques également surreprésentées en prison par rapport à la population générale, la violence très présente en détention, les conditions d'incarcération, l'isolement social et les difficultés d'accès aux moyens de communication (Fazel & Baillargeon, 2011) (Houser & Welsh, 2014).

Les soignants en milieu carcéral, en plus d'être confrontés à cette vulnérabilité de la population carcérale, sont également parfois confrontés aux discours d'auteurs d'actes délictueux ou criminels qui peuvent mettre à dure épreuve l'empathie et la compassion du soignant constituant ainsi un facteur de risque de FC. Cependant à ce jour, aucune

étude n'a permis d'évaluer la prévalence de la fatigue compassionnelle chez les personnels soignants œuvrant en milieu carcéral.

B. Signes Cliniques

La FC peut se traduire par une combinaison des symptômes du STS et du Burn-out. Cependant, Figley emploie la classification du Burn-out décrit par Kahill en 1988, au lieu de celle employée par Maslach. Dans cette classification, les symptômes pouvant être rencontrés dans la fatigue de compassion sont de cinq ordres (Kahill, 1988) :

1/ **les symptômes physiques**, caractérisés par un épuisement physique, des plaintes somatiques diverses comme des troubles gastro-intestinaux, des troubles du sommeil, des maux de têtes.

2/ **les symptômes émotionnels** comme l'irritabilité, l'anxiété, la culpabilité, la dépression et le sentiment d'impuissance.

3/ **les symptômes comportementaux** comme l'absentéisme, les troubles d'usage de toxiques, la négligence, l'agressivité.

4/ **les symptômes interpersonnels** comme le retrait, l'isolement.

5/ **les symptômes « d'attitudes »** comme le cynisme, l'insensibilité, le pessimisme, la déshumanisation des patients, la perte de plaisir au travail.

C. Facteurs de risque

Dans la littérature actuelle, les facteurs d'influence d'apparition ou non de fatigue de compassion proviennent de deux sphères de la vie du sujet : personnelle et organisationnelle (Newell & MacNeil, 2010).

1. Facteurs de risque personnel

a. Facteurs socio-démographiques

En premier lieu, le sexe du soignant est un facteur de risque fréquemment étudié au travers de la littérature. En effet, la majorité des études font part d'une corrélation significative entre le sexe féminin et la présence d'un haut risque de fatigue de compassion. En d'autres termes, les soignants de sexe féminin sont donc plus à risque de développer une fatigue de compassion par rapport à leurs homologues masculins (Lerias & Byrne, 2003) (Mangoulia et al., 2015) (Rossi et al., 2012).

Concernant l'âge du thérapeute, les études ne montrent pas d'association significative entre l'âge de l'intervenant et le risque de développer une fatigue de compassion.

Le niveau d'études des professionnels intervenant auprès de victimes est une variable qui suscite l'intérêt de nombreuses études. On constate que la corrélation entre niveaux d'études et le risque de développer une fatigue de compassion est variable selon les études (Lerias & Byrne, 2003).

A ce jour, on ne retrouve aucune étude portant intérêt sur les corrélations probables entre le statut marital et le risque de fatigue de compassion ainsi que l'effet protecteur ou non d'avoir des enfants.

Il faut cependant rester très critique concernant les probables liens entre données sociodémographiques et le risque de développer une fatigue de compassion face aux résultats équivoques des différentes études.

b. Facteurs biographiques

Les évènements biographiques des soignants sont très fréquemment abordés dans la littérature traitant les concepts de traumatisme secondaire notamment la fatigue de compassion.

Tout d'abord, Il est communément admis que l'existence de traumatisme antérieur est considérée comme un facteur de risque majeur de fatigue de compassion. En effet, comme le montre l'étude de Killian en 2008, les soignants ayant vécu des expériences traumatiques seraient plus à risque de développer une fatigue de compassion. Tout comme l'étude de Pearlman et Mac Ian ou celle de Sodeke-Gregson qui confirment que les soignants ayant un passé traumatique sont des sujets plus à risque d'exprimer des symptômes de FC (Sodeke-Gregson, Holtum, & Billings, 2013) (Killian, 2008).

De plus, l'existence d'antécédents psychiatriques personnels comme un syndrome dépressif, un trouble anxieux ou des conduites addictives favorisent l'apparition de symptômes de FC (Sodeke-Gregson et al., 2013).

Les facteurs de stress et les évènements de vie rencontrés par le soignant seraient un facteur de risque de FC. Tout comme le démontrent certaines études où l'existence de difficultés financières, de deuil, de divorce ou autres évènements potentiellement stressants, sont de toute évidence des valeurs prédictives (Mangoulia et al., 2015).

De par l'écoute quotidienne de discours traumatiques, le soignant exprime et ressent de toute évidence des émotions. Or, certaines de ces émotions peuvent avoir une influence négative, favorisant ainsi la FC. Les émotions principalement décrites sont : le sentiment d'insécurité, le pessimisme, le sentiment de ne pas avoir le contrôle sur la situation, la gestion inadaptée de la colère ou de la tristesse, ou encore le sentiment d'inefficacité au travail (Injeyan et al., 2011).

Enfin dans la pratique quotidienne, l'appréciation subjective des capacités et des objectifs de travail peut influencer sur l'apparition de la symptomatologie. En effet, les

soignants qui se fixent des objectifs irréalistes ou qui surestiment leurs capacités sont plus à risque (Kanter, 2007) (Fortin, 2014).

2. Facteurs de risque organisationnel

Associés aux facteurs de risque individuel, les auteurs ont pu identifier de multiples éléments d'ordre organisationnel qui peuvent impacter négativement la vie du sujet. Ces éléments étant nombreux, nous décidons de les classer en trois catégories : les conditions de travail, l'environnement de travail et le soutien organisationnel.

a. Les conditions de travail

La charge de travail peut constituer un facteur de risque majeur dans la constitution de la fatigue de compassion. De plus, cette charge de travail est bien souvent associée à une faible diversification des tâches et de la patientèle (discours traumatiques, patientèle complexe) (Baird & Kracen, 2006) (Lerias & Byrne, 2003) (Bell et al., 2003).

L'activité à temps complet, sans aucune possibilité de journée de formation ou de « ressourcement », comme le spécifient nos homologues canadiens, constituerait un facteur négatif.

Enfin, une politique de restriction administrative et l'absence de collaboration entre les différentes institutions ou services pourraient influencer la qualité des soins.

b. L'environnement de travail

Les éléments qui constitueraient un environnement de travail propice au développement d'une FC seraient : un sentiment d'insécurité qu'éprouve le soignant dans son espace de travail, un milieu professionnel inadéquat et inconfortable à la pratique quotidienne, une mauvaise entente entre les collègues ainsi qu'un stress institutionnel (Fortin, 2014).

c. Le soutien organisationnel

Ce soutien peut se subdiviser en deux parties :

Tout d'abord le soutien des pairs. En effet, de mauvaises relations et un faible soutien de ses homologues professionnels ainsi que de ses supérieurs seraient des facteurs de risque. Tout comme le manque et la mauvaise qualité des supervisions et des réunions institutionnelles (Tehrani, 2010).

Pour résumer, l'ensemble des facteurs de risques sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Axe personnel	Axe organisationnel
<ul style="list-style-type: none">- Sexe féminin- Faible expérience- Antécédents de traumatismes- Antécédents psychiatriques personnels- Objectifs irréalistes- Surestimation des capacités- Faible soutien des pairs et des proches- Sentiment d'inefficacité- Sentiment de pas avoir le contrôle sur les situations- Mauvaise gestion des émotions- Évènements de vie stressants- Surinvestissement personnel	<ul style="list-style-type: none">- Charge de travail élevée- Manque de journées de formation- Manque de débriefing- Absence de collaboration entre les différentes institutions- Restrictions administratives- Sentiment d'insécurité au travail- Milieu de travail inadéquat et inconfortable- Faible soutien des pairs et de la hiérarchie- Situations cliniques stressantes répétitives (urgences)

Tableau 3 : Facteurs de risque de la fatigue de compassion (Fortin, 2014).

D. Conséquences de la fatigue de compassion

Les conséquences de la fatigue de compassion constituent un réel enjeu de santé publique et se manifestent à l'échelle économique, individuelle, professionnelle et sanitaire.

1. Individuelles

A l'échelle individuelle, la FC peut entraîner de réels troubles tels qu'un repli social, des épisodes dépressifs majeurs, des troubles de l'usage des toxiques, des troubles des fonctions instinctuelles ou encore des émotions inadaptées telles que la méfiance, le cynisme et la colère (Dane, 2002) (Bober & Regehr, 2006).

2. Institutionnelles et sanitaires

Les répercussions de la fatigue de compassion à l'échelle d'une structure de soin sont majeures. En effet, la conséquence directe de la FC est l'altération de l'efficacité du soignant et donc de la qualité de soins. De plus, la diminution de l'empathie et l'épuisement émotionnel du professionnel de santé, peuvent indirectement conduire à des erreurs thérapeutiques ou encore des attitudes de maltraitements de par la difficulté à maintenir une position thérapeutique.

3. Économiques

L'impact économique de la fatigue de compassion est difficile à évaluer compte tenu de l'aspect protéiforme de ses symptômes et l'absence de consensus sur sa définition.

Cependant la FC est une source d'arrêt de travail, d'absentéisme et de motif de départ du personnel, pouvant ainsi impacter économiquement la structure de soins. De plus, ces professionnels deviennent eux-mêmes des patients qui consultent, entraînant des dépenses en terme de Santé Publique.

Prévenir, reconnaître et anticiper la traumatisation secondaire et en particulier la FC, permettrait d'améliorer la qualité des soins et en conséquence d'amoindrir les coûts liés à ce phénomène.

E. Facteurs de protection et outils de prévention

Tout comme les facteurs de risques, la prévention de la fatigue de compassion s'envisage sur deux niveaux : personnel et organisationnel.

1. Axe individuel

Concernant la sphère personnelle, plusieurs aspects considérés comme protecteurs sont répertoriés dans la littérature.

Tout d'abord, un cadre de vie sain semble être un élément élémentaire mais absolument essentiel dans la protection contre le risque de développer une fatigue de compassion. Ainsi, un soignant accordant de l'importance à une activité sportive régulière, des activités extra-professionnelles, des périodes de détente, un sommeil et du repos adéquat ainsi qu'une alimentation saine et équilibrée, sera moins à risque (Dane, 2002).

Sur le plan émotionnel, il est décrit et convenu que la satisfaction de compassion s'avère être une émotion protectrice. La « satisfaction de compassion », terme employé par Stamm fait référence à la satisfaction qu'une personne éprouve

lorsqu'elle vient en aide à un individu dans le besoin. Ainsi, un potentiel élevé de satisfaction de compassion chez un professionnel est considéré comme un facteur de protection. De plus, afin de prévenir l'impact de certaines émotions négatives, le soignant peut établir des stratégies de protection comme avoir la capacité de maintenir une forme de distance et/ou d'établir des limites personnelles claires et réalistes par rapport aux patients (El-bar et al., 2013).

Ensuite, un autre moyen d'adaptation efficace est d'établir et de respecter des limites claires comme, par exemple, établir un nombre maximal de patients par jour, prendre des pauses ou organiser les horaires de travail selon ses capacités

Sur le plan personnel, d'autres facteurs sont également décrits comme une bonne gestion du stress et de l'anxiété : l'expression libre des émotions auprès des collègues et/ou des membres de la famille, avoir un sentiment de contrôle et d'efficacité au travail ou encore avoir une perception claire et positive de soi et du monde comme le considèrent certains auteurs (Dane, 2002).

2. Axe organisationnel et professionnel

Tout d'abord, la présence de supervisions cliniques semble être un élément clé comme outil de prévention. En effet, il est démontré la relation entre le nombre de supervisions cliniques ou « ventilation clinique », comme le nomment nos homologues canadiens, et le taux de FC. Autrement dit plus les supervisions sont présentes et de bonnes qualités, plus le taux de FC est bas. Associé à cette supervision, le soignant doit recevoir une formation adéquate afin d'être sensibilisé à la traumatisation secondaire afin de mieux repérer et reconnaître le phénomène. De plus, un temps de recherche et de formation professionnelles pourrait également constituer un outil de prévention (Dunkley & Whelan, 2006) (Catherall, 1995).

Au niveau de l'environnement au travail, un espace de travail sécurisant et confortable avec la présence d'une salle de pause protège considérablement le soignant des risques.

Enfin, les relations que peut entretenir le soignant avec ses pairs et la hiérarchie sont également des facteurs essentiels dans la réduction des conséquences de la traumatisation indirecte. En effet, la bonne entente, le partage sur la réalité des pratiques professionnelles ainsi que le soutien des pairs et de la hiérarchie constituent un milieu de travail favorable et donc protecteur.



Figure 4 : représentation imagée des facteurs de protections de la FC (source : dossier « Le traumatisme vicariant : quand la compassion use ». Monique Legault Faucher)

L'ensemble des facteurs protecteur sont répertoriés dans le tableau ci-dessous :

Axe individuel	Axe organisationnel
<ul style="list-style-type: none"> - Cadre de vie sain - Satisfaction de compassion - Établir des limites personnelles - Détection et gestion des émotions négatives - Objectifs de travail réaliste - Bonne gestion du stress et de l'anxiété - Soutien des proches et des collègues - Sentiment de contrôle et d'efficacité au travail - Perception positive de soi et du monde - Avoir une spiritualité personnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisions cliniques de qualité et en quantité suffisante - Formations adéquates - Temps de recherches et formations professionnels - Espace de travail confortable et sécurisant - Soutien de la hiérarchie - Cohérence du fonctionnement organisationnel

Tableau 4 : facteurs de protection de la fatigue de compassion (Fortin, 2014).

F. Outils psychométriques

La fatigue de compassion peut être mesurée par différents outils d'évaluation. Historiquement, la première échelle mise en place par Figley en 1995, permet d'évaluer et de dépister la FC est la CFST (Compassion Fatigue Self Test for Practitioners) (Figley, 1995). C'est en partie parce qu'il s'agissait de l'une des premières mesures développées spécifiquement à cet effet, que la CFST est l'instrument le plus couramment utilisé pour mesurer la fatigue de compassion. La CFST a été conçu pour évaluer à la fois la fatigue de la compassion et l'épuisement professionnel. La CFST originale comporte 40 items répartis entre deux sous-échelles : la fatigue de compassion (23 items) et l'épuisement professionnel (17 items). Les instructions demandent aux répondants d'indiquer à quelle fréquence (1 = rarement / jamais, 2 = parfois, 3 = pas sûr, 4 = souvent, 5 = très souvent) un critère correspond à leur situation actuelle. Les scores de 26 ou moins indiquent un risque extrêmement faible, les scores entre 27 et 30 indiquent un risque faible, les scores entre 31 et 35 indiquent un risque modéré, les scores entre 36 et 40 indiquent un risque élevé et les scores de 41 ou plus indiquent un risque extrêmement élevé de fatigue de compassion. Par la suite, Stamm et Figley ont complété la CFST avec l'ajout d'une série de questions principalement orientées sur l'aspect positif du travail auprès de personnes victimes visant ainsi à mesurer également la satisfaction de compassion. Cette nouvelle version qui comporte désormais 66 items, adopte le nom de « Compassion satisfaction and fatigue test » (Figley, 1995).

D'autres auteurs utilisent une version revisitée de la CFST, qu'ils nomment « l'échelle de la fatigue de compassion revisitée » ou CFS-R. Sur cette échelle, 30 items sont disposés dont 22 mesurent la fatigue de la compassion et 8 mesurent l'épuisement professionnel. Cependant, la validité de cette version est remise en question par différents auteurs (Gentry et al., 2002).

Enfin, le dernier outil pour mesurer la FC est le « Professional quality of life » ou « PRO-QOL ». Ce dernier est composé de 3 sous-échelles. La première mesure la satisfaction de compassion. La seconde mesure l'épuisement professionnel. Enfin, la

troisième mesure la fatigue de compassion ainsi que le stress traumatique secondaire (Heritage et al., 2018).

Le ProQOL est structuré comme une mesure d'auto-évaluation de 30 items dans laquelle les répondants sont invités à indiquer à quelle fréquence chaque item a été vécu au cours des 30 derniers jours. (0 = jamais, 1 = rarement, 2 = quelques fois, 3 = assez souvent, 4 = souvent, et 5 = très souvent). La version la plus récente de ce questionnaire est la cinquième version. Elle permet d'évaluer les aspects positifs et négatifs du travail d'aide aux victimes.

III. Enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral

A. Objectifs de l'étude

A. Objectif primaire

A travers la littérature, nous avons pu remarquer que les professionnels de santé exerçant auprès de victimes étaient à haut potentiel susceptibles de développer une fatigue de compassion. Nous trouvons étonnant que les soignants en milieu carcéral ne fassent l'objet d'aucune recherche à ce sujet. D'autant plus qu'ils sont en contact permanent avec une population vulnérable pour laquelle les parcours traumatiques et donc les taux d'ESPT sont surreprésentés, au même titre que les pathologies mentales. A cela s'ajoute les discours pouvant relater des actes délictueux ou criminels qui peuvent mettre à dure épreuve leur empathie et leur compassion.

Nous nous proposons donc, dans un premier temps, d'évaluer le risque de fatigue de compassion dans cette population singulière de soignants en milieu carcéral.

B. Objectif secondaire

Dans un deuxième temps, nous tenterons d'évaluer les facteurs de risque et de protection à la fois individuels et organisationnels afin d'évaluer leurs liens éventuels avec les scores du test d'usure de compassion.

B. Matériel et méthode

A. Présentation de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale et multicentrique évaluant le risque d'usure de compassion ainsi que les facteurs de risque et de protection chez les soignants en milieu carcéral dans les SMPR de Lille-Annoeullin, Lille-Sequedin, Amiens, Caen et les UHSA de Lille-Seclin et de Rennes.

B. Population de l'étude

La population était composée de l'ensemble des intervenants travaillant au sein de service médico-psychologique régional et d'unité hospitalière spécialement aménagée : agents de services hospitaliers, aides-soignants, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, internes, médecins psychiatre, cadres de santé, secrétaires médicales, étudiant(e)s infirmières. L'étude excluait l'administration pénitentiaire et les soignants des unités de consultations et de soins en ambulatoire.

Après accord des directeurs de soins et cadres supérieurs de santé de chaque établissement, nous avons pu diffuser le questionnaire

C. Méthode de recueil des données

1. Envoi du formulaire

Après cette approbation, nous avons envoyé un e-mail aux cadres supérieurs de santé et médecins référents de chaque unité. Cet e-mail comportait un auto-questionnaire anonyme de 48 questions, qui se subdivisait en 5 parties et dont le support de recueil était « Google Forms »

Ce formulaire a été envoyé début novembre 2017, et la clôture des réponses a été prononcée le 1^{er} février 2018.

2. Le questionnaire

a. Première partie : présentation de l'étude.

La première partie était centrée sur la présentation du travail de recherche avec l'objectif principal et secondaire de l'étude, la description des différentes parties du questionnaire ainsi que les modalités et les informations relatives à la réalisation de l'étude.

b. Deuxième partie : Informations sociodémographiques et socioprofessionnelles

La seconde partie était composée de questions générales regroupant les informations sociodémographiques et professionnelles comme :

- L'âge
- Le sexe
- La situation matrimoniale
- Avoir des enfants
- La profession
- Le type de structure
- L'expérience professionnelle en milieu carcéral
- Le temps de travail hebdomadaire

c. Troisième partie : le test d'usure de compassion

Le test d'usure de compassion ou TUC est un questionnaire d'auto-évaluation spécialement conçu à l'intention des soignants ou des intervenants en relation d'aide comme par exemple, les avocats ou les policiers. Ce test est réalisé de sorte qu'il permet d'évaluer le niveau de risque d'épuisement professionnel et d'usure de compassion. C'est à ce titre, que dans cette étude, la sous-échelle comprenant les

questions sur l'épuisement professionnel a été retirée. Ainsi, l'outil d'évaluation comprenait 23 questions au lieu de 40.

Les répondants devaient indiquer à quelle fréquence un critère correspondait à leur situation actuelle. Cette fréquence se subdivisait en cinq points : 1 = rarement / jamais, 2 = parfois, 3 = indécis, 4 = souvent, 5 = très souvent.

L'addition des réponses permettait d'évaluer le risque d'usure de compassion :

- Risque très faible d'usure de compassion si score total \leq à 26
- Risque faible d'usure de compassion si score total \leq 27-30 \leq
- Risque moyen d'usure de compassion si score total \leq 31-35 \leq
- Risque élevé d'usure de compassion si score total \leq 36-40 \leq
- Risque très élevé d'usure de compassion si score total \geq 41

d. Quatrième partie : évaluation des facteurs de risque et des facteurs de protection individuels et organisationnels de la fatigue de compassion

Dans cette partie du questionnaire, nous avons élaboré 16 questions permettant d'évaluer les principaux facteurs de risque et de protection individuels et organisationnels retrouvés dans la littérature, à savoir :

- La charge de travail
- L'environnement de travail et son fonctionnement
- La qualité des rapports avec les collègues
- La sécurité personnelle
- La fréquence des supervisions
- La fréquence des formations
- La fréquence des occupations personnelles
- L'évaluation de l'hygiène de vie
- Le soutien des proches
- L'évaluation des troubles de l'usage des toxiques
- L'évaluation des temps de repos
- L'évaluation du sentiment d'isolement

- L'évaluation de la capacité à se fixer des objectifs réalisables
- L'évaluation du sentiment d'efficacité et de satisfaction au travail
- L'évaluation de la capacité à se fixer des limites professionnelles
- L'évaluation de la volonté d'arrêter son activité en milieu carcéral

Dans un souci d'harmonisation des réponses, nous avons décidé d'utiliser des réponses de type « Likert » en cinq points (de jamais/rarement à très souvent), identique au test d'usure de compassion.

e. Cinquième partie :

La cinquième et dernière partie était constituée d'un item intitulé « commentaire libre » où le répondant pouvait s'exprimer librement sur le questionnaire et/ou sur son ressenti par rapport au sujet abordé.

D. Analyses statistiques

Dans un premier temps, nous avons saisi les données provenant des questionnaires reçus à l'aide du logiciel Microsoft Access 2003.

Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel R dans sa version 3.1, R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. via l'application GMRC Shiny Stat du CHU de Strasbourg (2017)

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des statistiques usuelles de position et de dispersion, sous forme de moyennes \pm écarts-types. Les variables qualitatives

ont été quant à elles décrites avec les effectifs et les proportions de chaque modalité. Pour la comparaison d'une variable quantitative entre plusieurs sous-groupes, une analyse de la variance ou le test de Kruskal et Wallis ont été utilisés, toujours en fonction des hypothèses d'utilisation de chacun de ces tests.

Ce travail de thèse a pu bénéficier de l'aide de l'unité fonctionnelle de biostatistique et recherche clinique du CHU de Caen (UBRC).

Dans une perspective de publication, cette thèse sera soumise au comité d'éthique du CHU de Caen.

C. Résultats

A. Statistiques descriptives

1. Caractéristiques de la population

a. Données sociodémographiques

Répartition de la population en fonction de l'âge

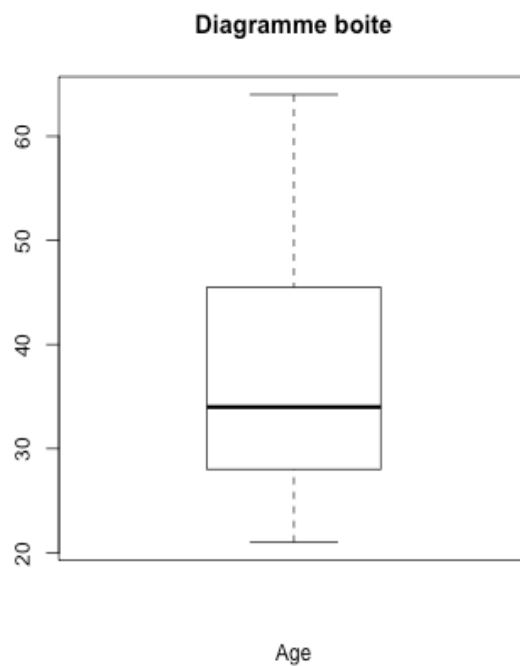


Figure 5 : répartition selon l'âge

L'âge moyen de la population de l'étude était de 37,17 ans avec un écart type de 10,86 années. L'âge minimal était de 21 ans pour un âge maximal de 64 ans.

Diagramme circulaire

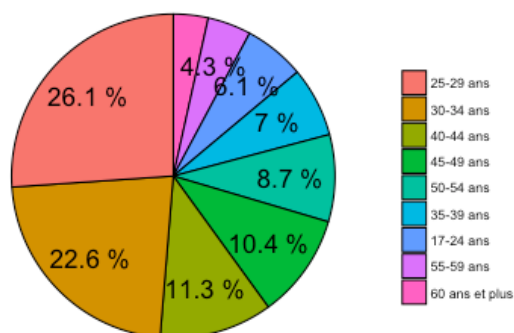


Figure 6 : Répartition par classe d'âge

26,1% de la population était âgé de 25 à 29 ans, 22,6% de 30 à 34 ans, 11,3% de 40 à 44 ans, 10,4% de 45 à 49 ans, 8,7% de 50 à 54 ans, 7% de 35 à 39 ans, 6,1% de 21 à 24 ans, 4,3% de 55 à 59 ans et enfin 3,5% était âgé de plus de 60 ans.

Répartition de la population en fonction du sexe

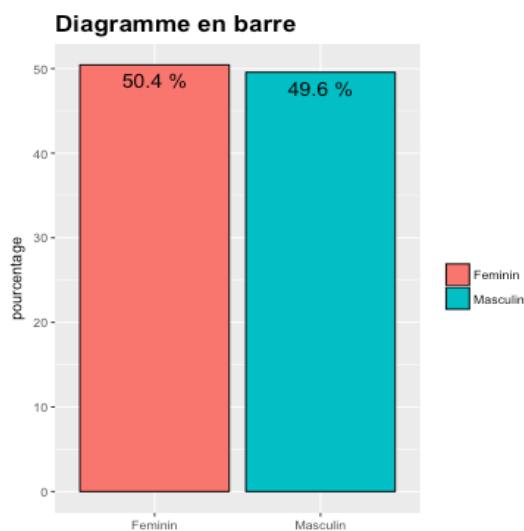


Figure 7 : Répartition en fonction du sexe

La population de l'étude était composée de 50,4% de femmes pour 49,6% d'hommes.

Répartition selon la situation matrimoniale

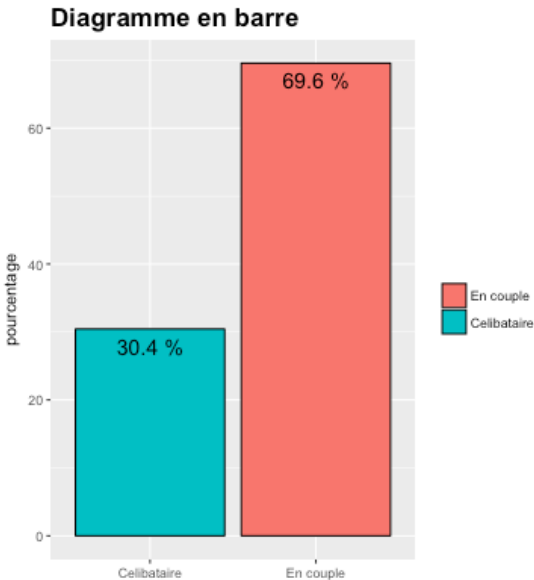


Figure 8 : Répartition selon la situation matrimoniale

Dans la population, 69,6% se déclaraient être en couple contre 30,4% de célibataires.

Répartition de la population selon la variable « enfants »

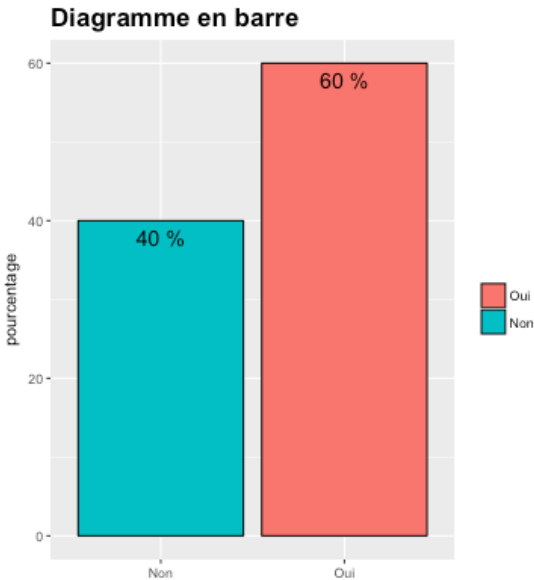


Figure 9 : Répartition selon la variable enfants

60% des soignants déclaraient avoir des enfants, tandis que 40% de la population n'en avaient pas.

b. Données socio-professionnelles

Répartition selon la profession

Diagramme circulaire

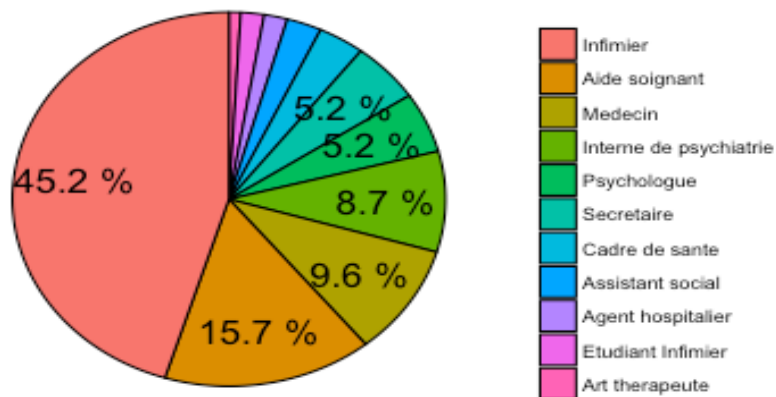


Figure 10 : Répartition selon la profession

45,2% des soignants étaient des infirmiers, 15,7% des aides-soignants, 9,6% des médecins psychiatres, 8,7% des internes en psychiatrie, 5,2% des psychologues, 5,2% des secrétaires, 3,48% des cadres de santé, 2,61% des assistantes sociales, 1,74 des agents des services hospitaliers, 1,74% des étudiants en soins infirmiers et enfin 0,87% des art-thérapeutes.

Répartition selon la structure de soin

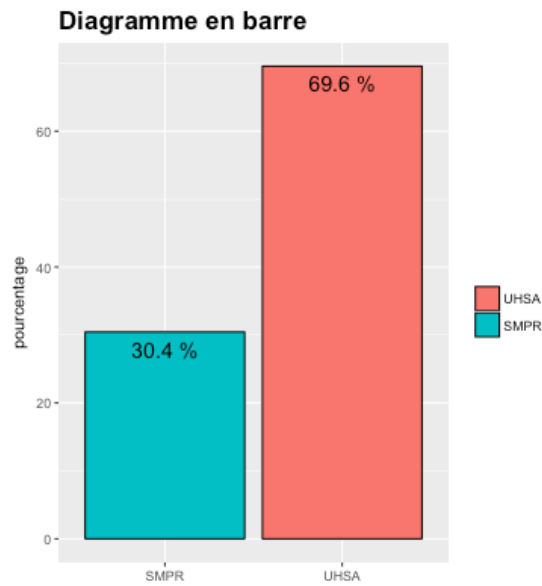


Figure 11 : Répartition selon la structure de soin

La population de l'étude se répartissait comme suit :

- 69,6% des soignants travaillaient dans une U.H.S.A.
- 30,4% des soignants travaillaient dans un S.M.P.R.

Répartition le scénario horaire

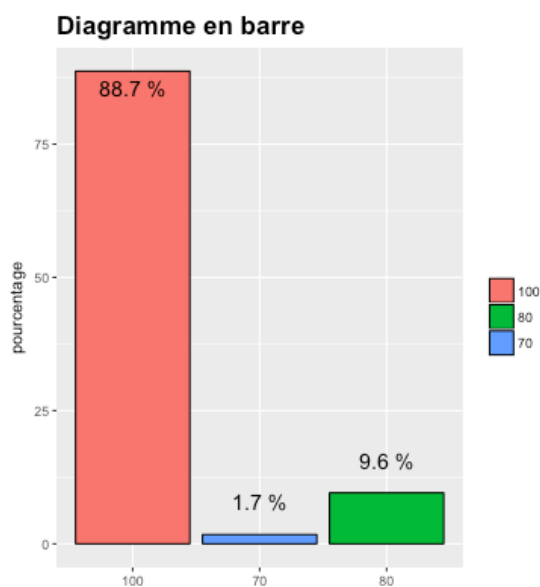
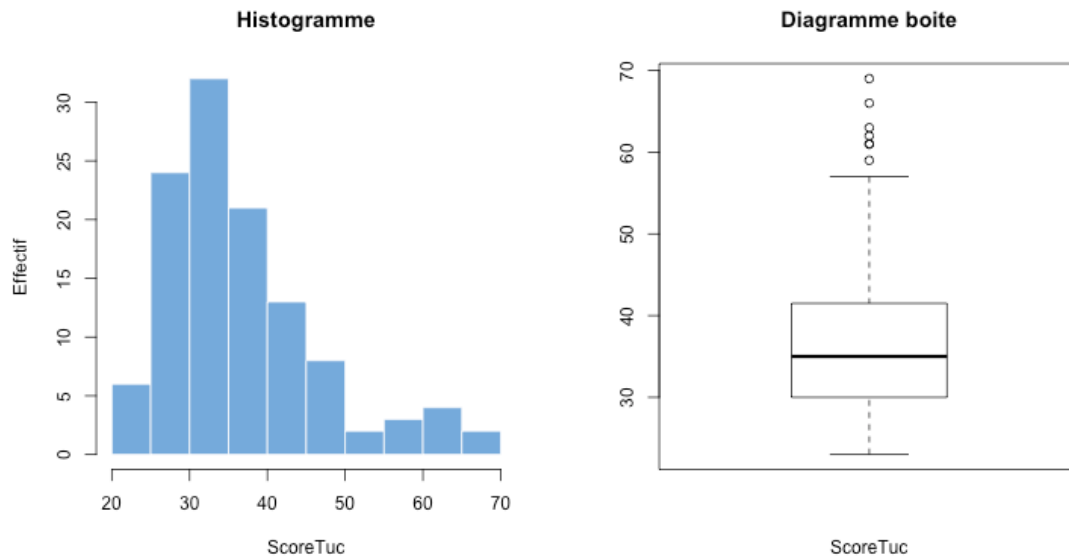


Figure 12 : Répartition selon le scénario horaire

88,7% des soignants travaillaient à 100% dans leur structure, contre 9,6% à 80% et 1,7% à 70%.

2. Répartition du score TUC



Figures 13 : Répartition du score TUC (test d'usure de compassion)

Sur les 115 personnes interrogées, la moyenne au TUC est de 37,26. Valeur correspondant à un risque élevé selon les critères du test. L'écart type est de 9,69. La valeur minimale est de 23, contre 69 en valeur maximale.

Répartition selon le niveau de risque

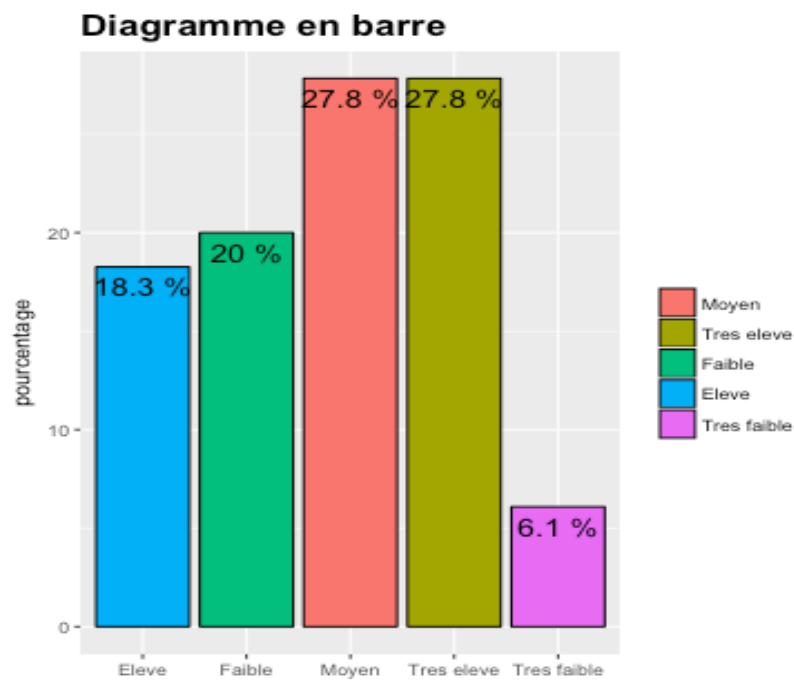


Figure 14 : Répartition selon le niveau de risque

Les niveaux de risques du TUC se répartissent dans la population comme suit :

- 27,8% présentent un risque très élevé
- 18,3% présentent un risque élevé
- 27,8% présentent un risque moyen
- 20% présentent un risque faible
- 6,1% présentent un risque très faible

3. Analyse bivariées

Lors des analyses bivariées, 12 variables explicatives ont démontré un lien statistiquement significatif avec la variable du score TUC :

- La situation matrimoniale
- Le fait d'avoir des enfants
- La profession de psychiatre

- Le statut d'interne
- Le scénario horaire
- La charge de travail
- Les occupations personnelles
- Les consommations
- Les temps de repos du weekend
- Le fait de savoir se fixer des objectifs
- La satisfaction au travail
- La volonté d'arrêter l'activité en prison

La situation matrimoniale



Figure 15 : Lien entre le score TUC et la situation matrimoniale

Les soignants célibataires présentaient un score TUC de $40,40 \pm 11,99$ [24,00 ;69,00] contre $35,89 \pm 8,21$ [23,00 ;61,00] pour les soignants en couple.

Test de Mann & Whitney : $p = 0.04633$

Le fait d'avoir des enfants

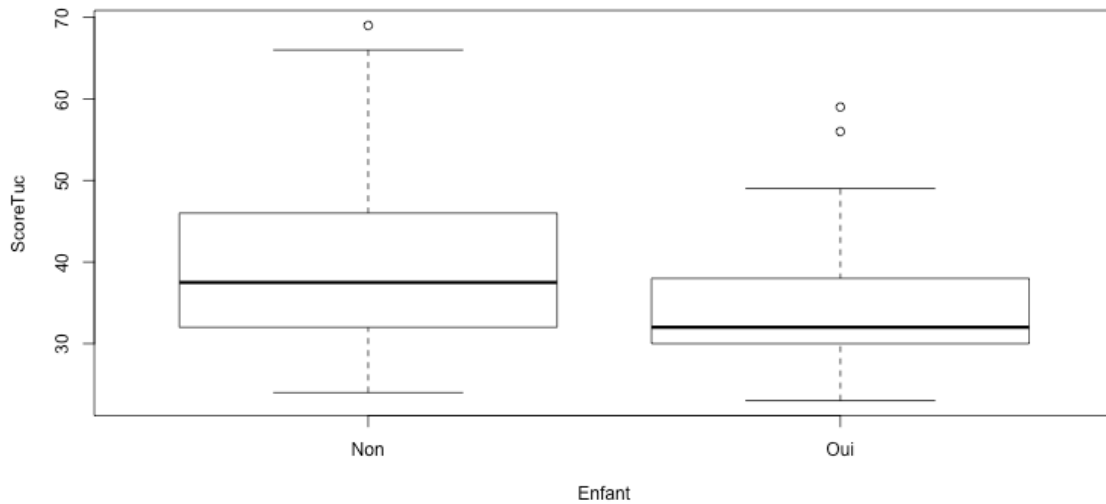


Figure 16 : Lien entre le score TUC et le fait d'avoir (ou non) des enfants.

Les soignants n'ayant pas d'enfant avaient un score TUC de $40,74 \pm 11,73$ [24,00 ;69,00] contre $34,74 \pm 7,27$ [23,00 ;59,00] pour les soignants ayant des enfants.

Test de Mann & Whitney : $p = 0.007081$

La profession de psychiatre

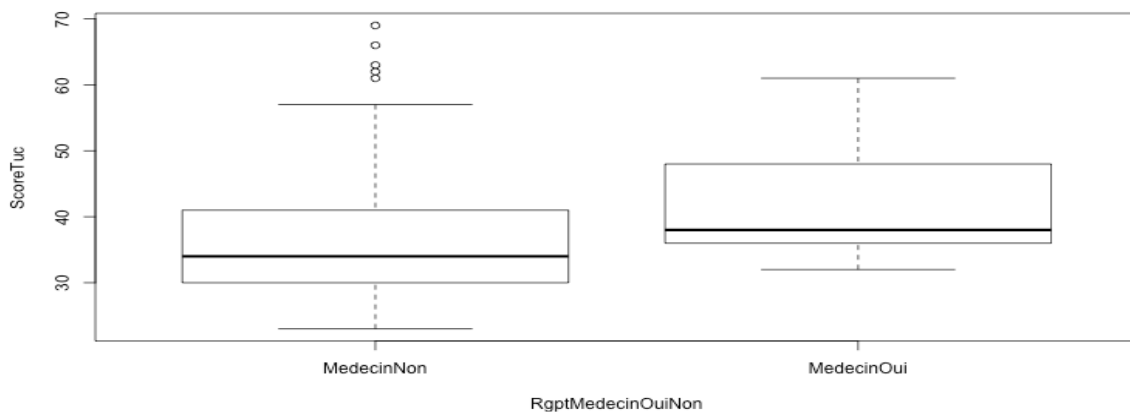


Figure 17 : Lien entre le score TUC et le statut de psychiatre.

Les psychiatres présentaient un score TUC de $42,64 \pm 9,97$, contre $36,69 \pm 9,54$ pour le reste de la population interrogée.

Test de Mann & Whitney : $p = 0.02039$

Le statut d'interne

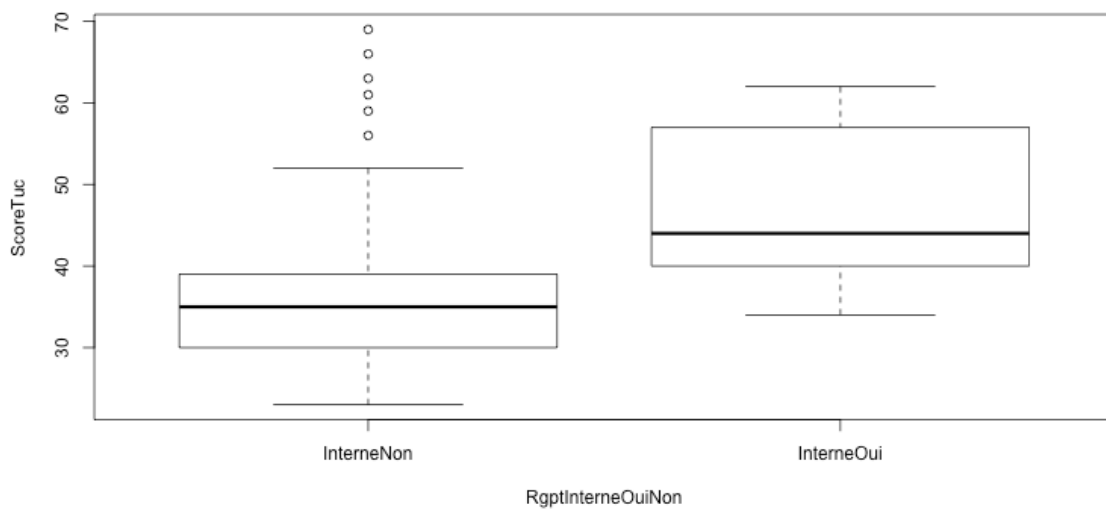


Figure 18 : Lien entre le score TUC et le statut d'interne

Les internes présentaient un score TUC de $46,20 \pm 10,33$, contre $36,41 \pm 9,24$ pour le reste de la population interrogée.

Test de Mann & Whitney : $p = 0.003256$

Le scenario horaire

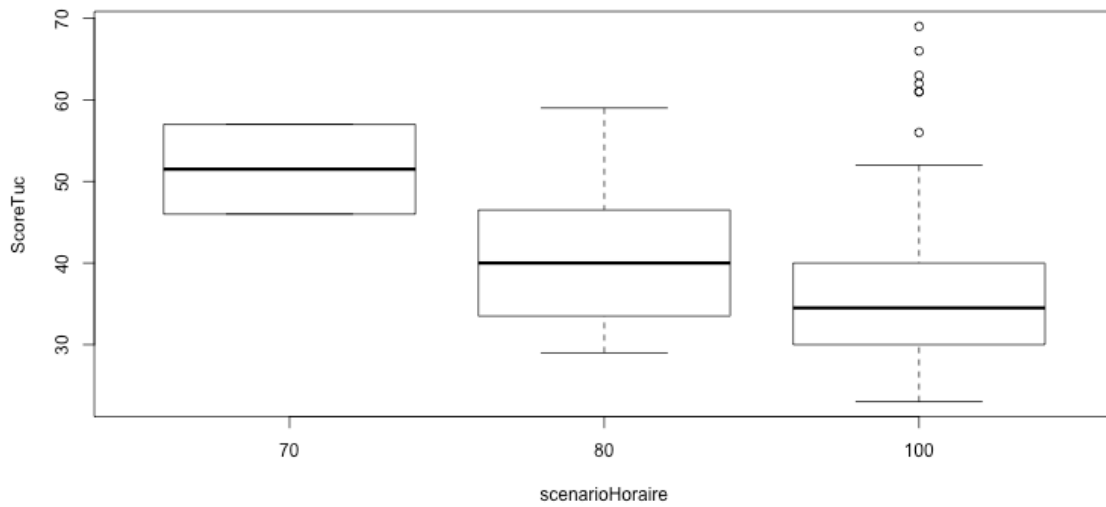


Figure 19 : Lien entre le score TUC et le scénario horaire

Les personnes étant à 70% de temps de travail effectif présentaient un score TUC de $51,50 \pm 7,78$, contre un score de TUC de $41,09 \pm 9,56$ pour les personnes étant à 80% et un score de TUC de $36,57 \pm 9,50$ pour ceux qui étaient à 100%.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 0.04004$

La charge de travail

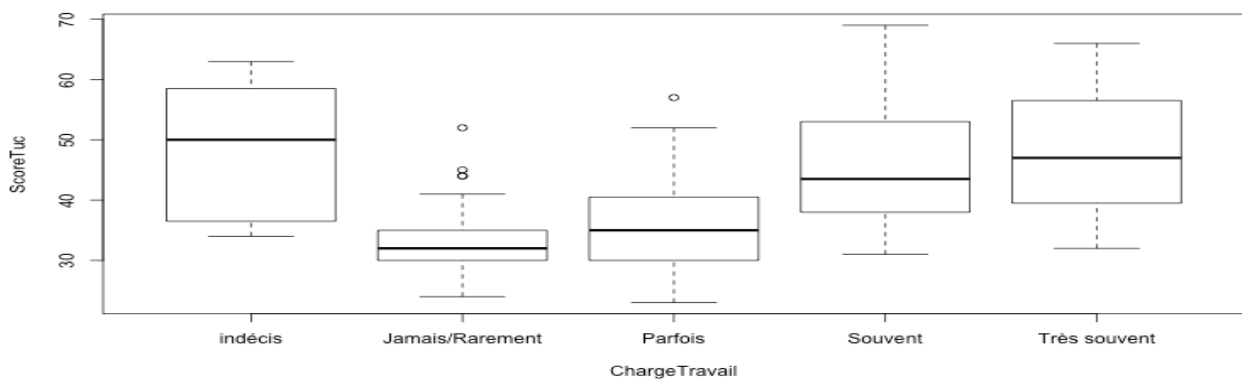


Figure 20 : Lien entre le score TUC et la charge de travail

Sur la population de soignants, ceux qui estimaient avoir « très souvent » une charge de travail trop élevée avaient un score TUC de $48,33 \pm 17,04$. Ceux qui estimaient avoir « souvent » une charge de travail trop élevée avaient un score de $45,81 \pm 11,09$. Pour ceux qui estimaient avoir « parfois » une charge de travail trop élevée avaient un score de $36,00 \pm 7,75$. Ceux qui ne considéraient « jamais ou rarement » avoir une charge de travail trop élevée avaient un score TUC à $33,02 \pm 5,90$. Enfin, les soignants qui se sentaient « indécis » sur la question avaient un score TUC à $48,14 \pm 12,43$.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 5.684e-06$

Les occupations personnelles

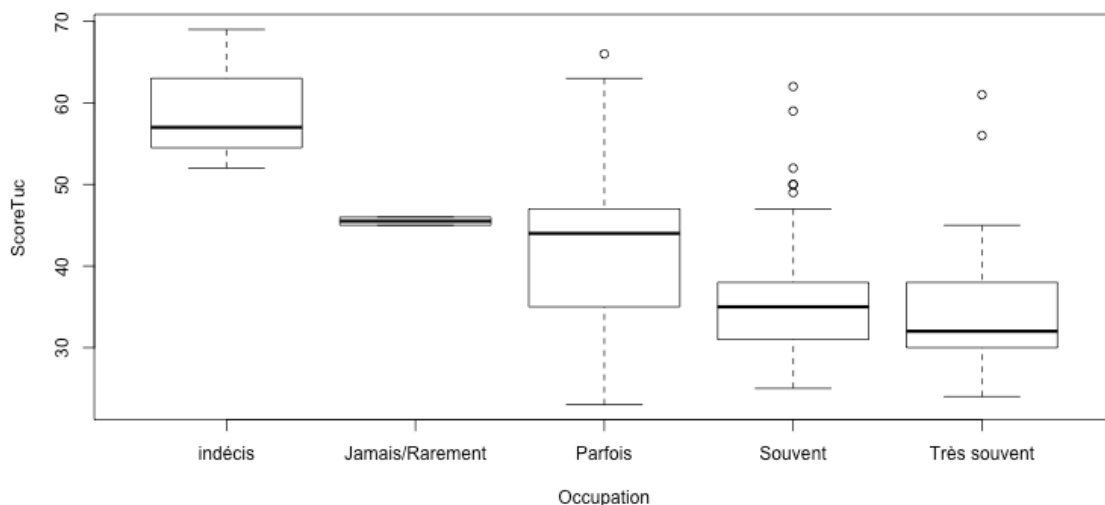


Figure 21 : Lien entre le score TUC et les occupations personnelles

A la question : « avez-vous des occupations régulières autres que le travail ? », ceux qui avaient répondu « Jamais ou rarement » avaient un score TUC de $45,50 \pm 0,71$. Ceux ayant répondu « parfois » avaient un score de $43,00 \pm 13,12$. Ceux ayant répondu « souvent » avaient un score de $36,26 \pm 7,89$. Les soignants ayant « très souvent » des occupations régulières avaient un score TUC de $34,32 \pm 7,69$. Enfin, les soignants « indécis » avaient un score TUC de $59,33 \pm 8,74$.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 0.001803$

Les consommations

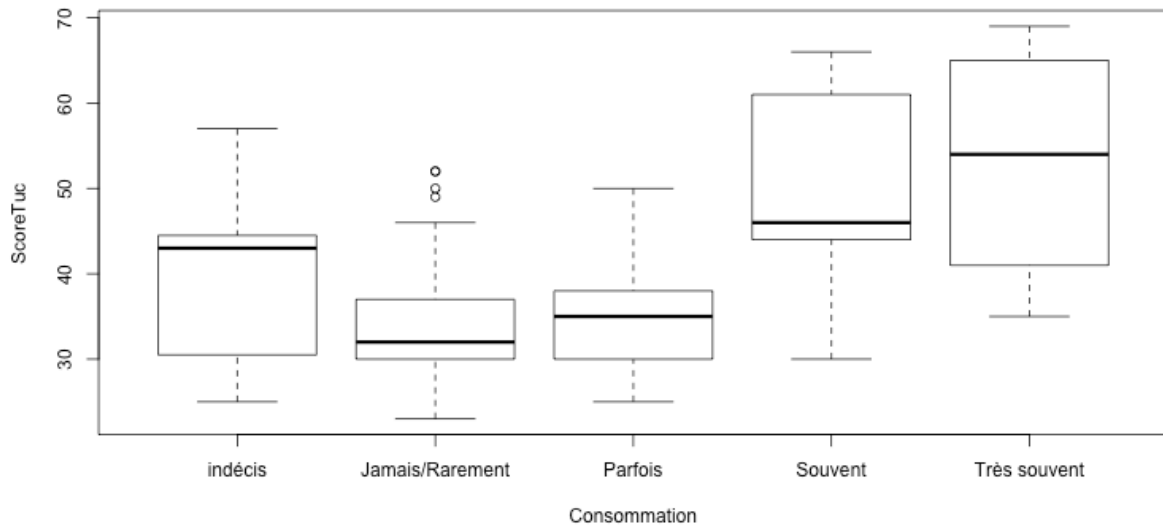


Figure 22 : Lien entre le score TUC et les consommations

A la question : « Avez-vous constaté une augmentation de vos consommations ? (Tabac, alcool, autres) », ceux qui avaient répondu « jamais » avaient un score TUC de $34,05 \pm 6,72$. Ceux ayant répondu « parfois » avaient un score TUC de $35,24 \pm 5,95$. Ceux ayant répondu « souvent » avaient un score TUC de $49,57 \pm 11,63$ contre ceux ayant spécifié « très souvent » qui avaient un score TUC de $53,00 \pm 15,05$. Enfin, les soignants « indécis » sur la question avaient un score TUC de $39,29 \pm 11,15$.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 4.729e-05$

Les temps de repos du weekend

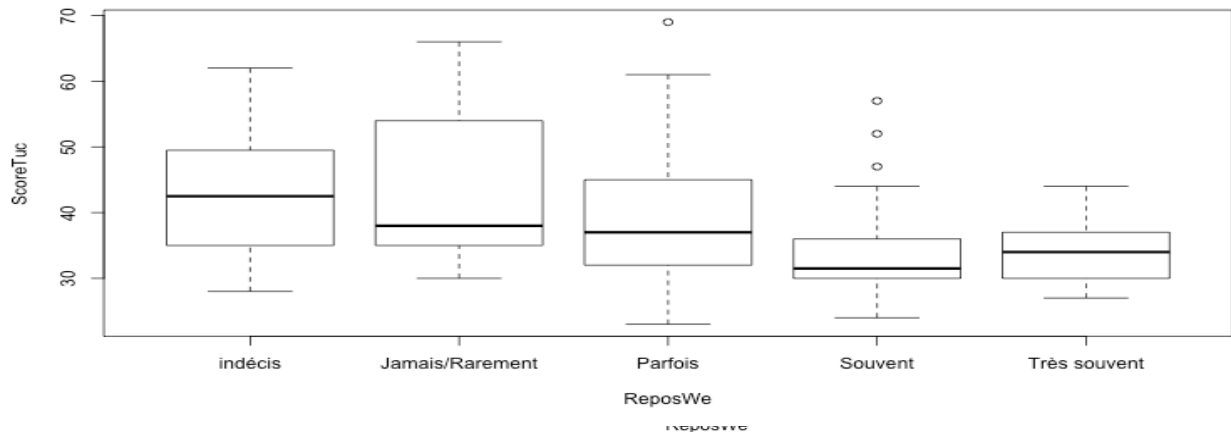


Figure 23 : Lien entre le score TUC et les temps de repos du weekend

A la question : « Avez-vous le sentiment que vos week-end ou temps de repos soient récupérateurs ? », parmi ceux qui avaient répondu « jamais » avaient un score TUC de $44,57 \pm 14,47$. Ceux qui avaient répondu « parfois » avaient un score TUC de $38,29 \pm 10,04$. Ceux qui avaient répondu « souvent » avaient un score TUC de $33,42 \pm 7,00$ contre ceux qui avaient répondu « très souvent » et qui avaient un score TUC de $33,64 \pm 4,65$. Enfin, ceux qui étaient « indécis » sur la question avaient un score TUC de $42,15 \pm 10,41$.

Le fait de savoir se fixer des objectifs

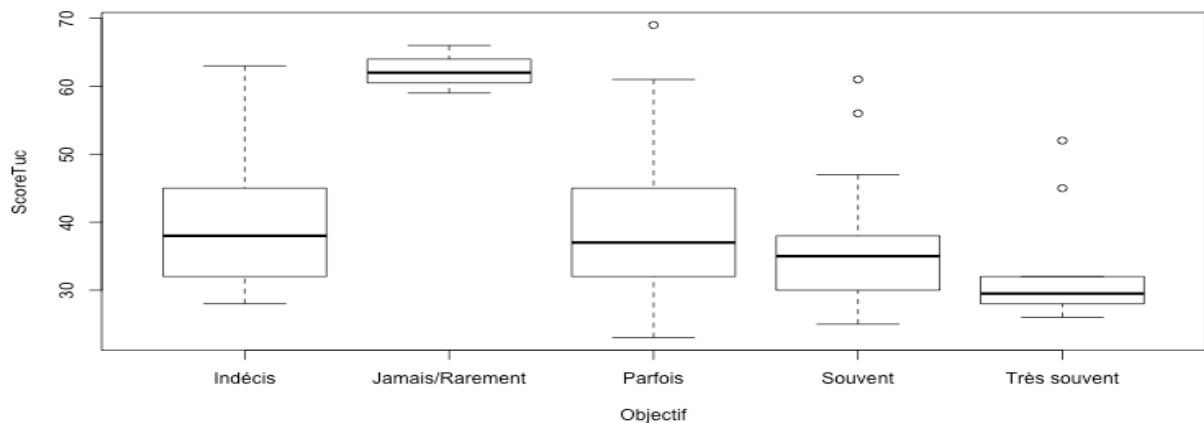


Figure 24 : Lien entre le score TUC et savoir se fixer des objectifs

A la question : « Savez-vous fixer des objectifs réalisables dans votre exercice professionnel ? », ceux qui avaient répondu « jamais » avaient un score TUC de $62,33 \pm 3,51$, ceux qui avaient répondu « parfois » avaient un score TUC de $39,52 \pm 11,47$, ceux qui avaient répondu « souvent » avaient un score TUC de $35,31 \pm 7,05$, ceux qui avaient répondu « très souvent » avaient un score TUC de $32,33 \pm 7,92$. Enfin, les personnes qui étaient « indécis » sur cette question avaient un score TUC de $40,65 \pm 10,04$.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 0.001073$

La satisfaction au travail

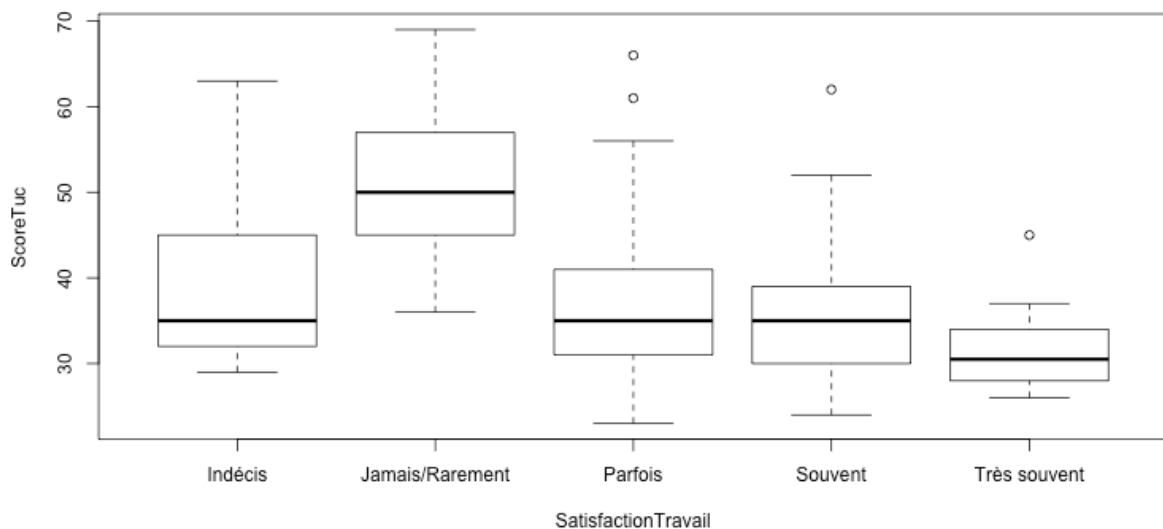


Figure 25 : Lien entre le score TUC et la satisfaction au travail

A la question : « Avez-vous un sentiment d'efficacité et de satisfaction au travail ? », ceux qui avaient répondu « jamais ou rarement » avaient un score TUC de $51,40 \pm 12,46$, ceux qui avaient répondu « parfois » avaient un score TUC de $37,55 \pm 10,15$, ceux qui avaient répondu « souvent » avaient un score TUC de $35,65 \pm 7,95$, ceux qui

avaient répondu « très souvent » avaient un score TUC de $31,75 \pm 5,36$. Et enfin ceux qui étaient « indécis » sur la question avaient un score TUC de $40,33 \pm 10,57$.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 0.00525$

La volonté d'arrêter l'activité carcérale

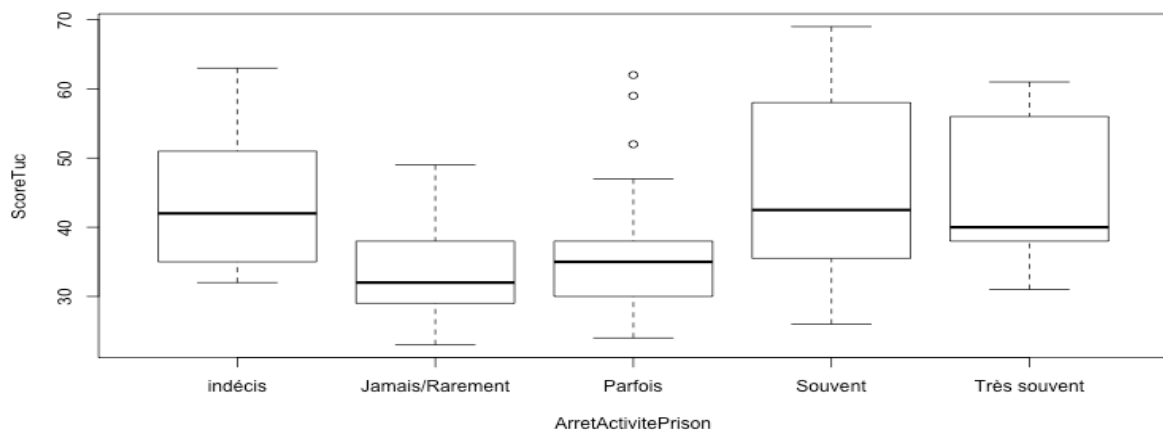


Figure 26 : Lien entre le score TUC et la volonté d'arrêter l'activité en milieu carcéral

A la question : « Avez-vous déjà envisagé d'arrêter votre activité en milieu carcéral? », ceux qui avaient répondu « jamais ou rarement » avaient un score TUC de $33,51 \pm 6,33$, ceux qui avaient répondu « parfois » avaient un score TUC de $35,91 \pm 8,29$, ceux qui avaient répondu « souvent » avaient un score TUC de $45,88 \pm 15,09$, ceux qui avaient répondu « très souvent » avaient un score TUC de $45,00 \pm 11,79$. Et enfin ceux qui étaient « indécis » sur la question avaient un score TUC de $43,58 \pm 10,04$.

Test de Kruskal & Wallis : $p = 0.0003875$

D. Analyse et interprétation des résultats

A. Analyses descriptives

1. Population et participation à l'étude

115 personnes ont répondu au questionnaire. Nous n'avons pas pu recueillir la totalité des effectifs de chaque unité, ce qui rend impossible la réalisation du taux de participation. Cependant, ce chiffre de 115 répondants représente un échantillon supérieur à la majorité des études réalisées sur les soignants en milieu psychiatrique.

2. Age et expérience professionnelle

La population de cette étude est constituée en majeure partie par des sujets jeunes. En effet, 26,1% de la population a moins de 30 ans, 22,6 % ont entre 30 et 34 ans et 6,1% âgé de 17 à 24 ans. Soit 54,8% des participants à l'étude ont moins de 35 ans. Ce qui, par conséquent, amène à une expérience professionnelle moyenne faible de 4,71 années. Cela peut s'expliquer par l'ouverture récente des UHSA de Rennes et Lille-Seclin en 2013, qui sont des structures conséquentes par leur taille et leur nombre de personnel soignant, qui sont en majeure partie de jeunes diplômés.

3. Sexe

Dans cette étude, nous avons pu constater une répartition quasi identique des deux sexes. En effet, nous avons 58 femmes pour 57 hommes. Cependant, l'on aurait tendance à penser que le sexe masculin serait surreprésenté en milieu carcéral pour des raisons sécuritaires.

Le sexe, l'âge et l'expérience professionnelle sont des variables qui n'ont pas été démontrées comme facteurs de risque de compassion dans cette recherche. Ce qui minimise l'impact de ces variables.

4. La structure de soin

Nous constatons une forte proportion de soignants en UHSA : 69,6% contre 30,4% en SMPR. Ces chiffres peuvent s'expliquer par la différence de tailles des structures et par conséquent du nombre de personnels. En effet, l'UHSA de Rennes compte 40 chambres réparties en 2 unités et l'UHSA de Lille-Seclin compte 60 chambres réparties en 3 unités.

Cependant, selon nos résultats, le lieu d'exercice n'est pas un facteur de risque de fatigue de compassion, ce qui minimise l'impact de cette variable.

5. Répartition du scénario horaire

La majorité du personnel travaille à temps plein (88,7%). Le travail posté des intervenants tels que les infirmiers, secrétaires, aides-soignants ou encore agents de services hospitaliers explique ce taux.

6. Répartition du score TUC

La moyenne du score TUC sur l'ensemble des intervenants en milieu carcéral est de 37,27, ce qui correspond à un risque élevé. Le niveau de répartition selon les niveaux de risques montre que 46,1% des intervenants présentent un risque élevé ou très élevé.

A ce jour, aucune étude n'a évalué le risque d'usure de compassion chez les soignants en milieu carcéral, ce qui ne nous offre aucun point de comparaison. Néanmoins, ces données sont en corrélation avec les études montrant que les soignants œuvrant en psychiatrie sont à haut potentiel de fatigue de compassion.

B. Analyses bivariées

Les analyses bivariées ont mis en évidence 12 variables démontrant une relation significative avec le risque de développer une fatigue de compassion. Ces variables constituent les facteurs de protection et facteurs de risques :

- La situation matrimoniale
- Le fait d'avoir des enfants
- La profession de psychiatre
- Le statut d'interne
- Le scénario horaire
- La charge de travail
- Les occupations personnelles
- Les consommations
- Les temps de repos du weekend
- Le fait de savoir se fixer des objectifs
- La satisfaction au travail
- La volonté d'arrêter l'activité en prison

Sur le plan personnel

Si l'on doit regrouper l'ensemble des facteurs de risque personnels, un intervenant en milieu carcéral, sera plus à risque de développer une fatigue de compassion s'il est célibataire, sans enfant, avec un haut niveau d'étude (interne, psychiatre), sans occupation personnelle extérieure, avec des temps de repos le weekend non récupérateur et dont les consommations de toxiques sont majorées.

Sur le plan professionnel

De la même manière, un intervenant en SMPR ou UHSA sera potentiellement plus à risque s'il travaille à temps plein, que la charge de travail est considérée comme élevée, qu'il ne sait pas se fixer des objectifs réalisables, que la satisfaction au travail est absente ou abasée et enfin que la volonté d'arrêter son activité en prison est plus fréquente.

Toutes ces données sont concordantes avec celles retrouvées dans la littérature.

C. Analyse non significative

Dans cette analyse, il me paraît essentiel d'aborder un facteur, certes non significatif mais intéressant dans l'interprétation.

La supervision clinique

La supervision en quantité et en qualité suffisante, qui semble être un facteur de protection majeur décrit dans la littérature, ne semble pas l'être dans cette étude. Cela peut s'expliquer par la confusion des termes « réunion de service » et « supervision clinique ». En effet, chaque service interrogé a au moins une réunion de service par semaine où les soignants discutent et/ou s'interrogent sur la prise en charge des patients. Ces réunions ne sont pas à visées de soutien, de guidance, d'analyse des situations ou encore de ventilation des émotions contrairement aux supervisions cliniques.

E. Discussion

A. Points forts de l'étude

Dans un premier temps, nous avons pu répondre aux objectifs primaire et secondaire de l'étude c'est-à-dire évaluer le risque de compassion chez les intervenants en milieu carcéral et également évaluer les facteurs de risque et de protection associés.

Ensuite, bien que le taux de participation n'ait pas pu être relevé, le nombre de réponses est supérieur à certaines études rencontrées dans la littérature, par conséquent ce nombre s'élevant à 115 personnes nous semble satisfaisant. Ce nombre peut s'expliquer par le thème original de cette recherche, apprécié par les intervenants car elle s'intéresse à l'exercice de leur profession et aux émotions ressenties.

De plus, cette étude permet d'illustrer les différentes pratiques, de par son aspect multicentrique, la diversité des structures et l'hétérogénéité des professions interrogées.

Enfin, le test d'usure de compassion et la version française de la « Compassion Fatigue Self Test for Practitioners » qui est l'instrument le plus couramment utilisé pour mesurer la fatigue de compassion et qui est validé sur le plan international.

B. Biais

Biais de sélection

- Le non recueil du taux de participation global représente un biais de sélection non négligeable.
- 2 unités ont été sélectionnées selon l'expérience professionnelle de l'investigateur principal. Cependant, ce biais tend à se modérer par l'aspect multicentrique et interrégional de l'étude.

Effet loupe

Les intervenants ne se sentant pas investis par le sujet ont pu choisir de ne pas répondre au questionnaire. A contrario, ceux qui se sentaient personnellement

concernés par ce phénomène ont potentiellement plus répondu. Cela aurait pour effet une surreprésentation des intervenants avec un risque élevé au score TUC.

Biais de désirabilité sociale

Bien que les réponses soient anonymes, certains intervenants ont pu répondre selon l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes, au lieu de répondre en fonction de leur véritable ressenti. Le fait également que l'investigateur principal de l'étude ait pu travailler auprès de certains d'entre eux a pu également influencer sur la pertinence des réponses et majorer le biais de désirabilité sociale.

Conclusion

Le travail de soignant, n'est pas sans effet pour le soignant lui-même. En effet, comme le démontre cette étude, l'exposition régulière au matériel traumatique des patients peut nous exposer à de lourdes conséquences potentiellement néfastes.

Outre le concept de burn-out, la traumatisation secondaire met ici en lumière la vulnérabilité des intervenants en santé mentale et plus singulièrement ceux exerçant en milieu carcéral.

Tout l'objet de ce travail fut dans un premier temps de clarifier les différents concepts autour de la traumatisation secondaire, à savoir : le traumatisme vicariant, la fatigue de compassion et le stress traumatique secondaire. Ces différents concepts ont pu voir le jour il y a une vingtaine d'années, entretenant un flou nosologique et donnant ainsi lieu à de nombreuses confusions. Ainsi, nous avons pu mettre en exergue que la fatigue de compassion est un subtil assemblage de symptômes associés à l'épuisement professionnel et de symptômes d'ordre psychotraumatique.

Bien que la fatigue de compassion ne soit pas validée de manière consensuelle dans les classifications internationales, le DSM-V apporte des modifications significatives validant la reconnaissance de la traumatisation secondaire.

La seconde volonté de ce travail était d'évaluer le risque de fatigue de compassion chez les soignants en psychiatrie carcérale. Les résultats obtenus concordent en majeure partie avec ceux retrouvés dans la littérature actuelle sur les soignants en santé mentale : à savoir que ce type de population présente un très haut risque de fatigue de compassion. Il en est de même pour l'évaluation des facteurs de risque et de protection. Ces différents facteurs englobent différentes sphères de la vie du soignant : socio-démographique, organisationnelle et personnelle.

Enfin, bien que la fatigue de compassion soit quasi absente du paysage de la psychiatrie française contrairement à nos homologues canadiens et belges avec seulement deux études menées en France, la connaissance de ce phénomène permettrait de diminuer le risque de fatigue de compassion mais également de prévenir ou d'atténuer les effets de ce phénomène ou de s'en prémunir. Et le cas

échéant, de mieux traiter ses manifestations, lorsqu'elles apparaissent. Il apparaît donc fondamental de sensibiliser les professionnels de santé mentale aux risques et aux conséquences éventuels de la traumatisation secondaire, mais aussi de développer la recherche sur cette thématique.

En conclusion, ce travail de thèse m'a permis de pleinement comprendre la citation de Madeleine Estryn-Béhar et ainsi l'adapter à l'ensemble des soignants : « *Au service des patients, [les soignants] oublient parfois qu'ils sont eux-mêmes des patients potentiels* ».

Bibliographie

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103-108. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103>
- Arnal, R., Ayhan, G., Pinganaud, É., Basurko, C., & Jehel, L. (2016). [Post-Traumatic Stress Disorder among Incomers in Remire-Montjoly Prison, French Guiana]. *Sante Mentale Au Quebec*, 41(1), 251-265.
- Auxenfants-Bonord, E. (2017). *Traumatisme vicariant, stress traumatique secondaire et fatigue de compassion: une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale* (Thèse d'exercice). Université du droit et de la santé, Lille ; 1969-2017, France.
- Baird, K., & Kracen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis*. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 181-188. <https://doi.org/10.1080/09515070600811899>
- Begué-Simon, A.-M. (2016). La souffrance au travail. *Médecine*, 12(5), 231-235. <https://doi.org/10.1684/med.2016.55>
- Bell, H., Kulkarni, S., & Dalton, L. (2003). Organizational Prevention of Vicarious Trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 84(4), 463-470. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.131>
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj001>

- Boscarino, J. A., Adams, R. E., & Figley, C. R. (2010). Secondary Trauma Issues for Psychiatrists. *The Psychiatric Times*, 27(11), 24-26.
- Catherall, D. (1995). Preventing institutional secondary traumatic stress disorder. In *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p. 232-247). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers--a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(4), 417-424.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.03.009>
- Dane, B. (2002). Duty to Inform: Preparing Social Work Students to Understand Vicarious Traumatization. *Journal of Teaching in Social Work*, 22(3-4), 3-20. https://doi.org/10.1300/J067v22n03_02
- DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. (1988). *American Journal of Psychiatry*, 145(10), 1232-1236. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.10.1232>
- DSM-IV-TR Criteria for PTSD. (2002). *Psychiatric News*, 37(20), 25-25. <https://doi.org/10.1176/pn.37.20.0025a>
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006a). Vicarious traumatisation: current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(1), 107-116. <https://doi.org/10.1080/03069880500483166>
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006b). Vicarious traumatisation in telephone counsellors: internal and external influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34(4), 451-469. <https://doi.org/10.1080/03069880600942574>

- El-bar, N., Levy, A., Wald, H. S., & Biderman, A. (2013). Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2, 31. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-2-31>
- Esnard, C., Bordel, S., & Somat, A. (2013). Les soignants face au burnout : quelles attributions causales ? *Pratiques Psychologiques*, 19(3), 147-161. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2013.07.002>
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet (London, England)*, 377(9769), 956-965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet. Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Figley, C. R. (1985). *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. Hoboken: Taylor and Francis. Consulté à l'adresse http://www.123library.org/book_details/?id=102900
- Figley, C. R. (1995a). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. Psychology Press.
- Figley, C. R. (1995b). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 3-28). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Figley, C. R. (1995c). Tuc (Test d'Usure de Compassion). Consulté 5 juillet 2018, à l'adresse <http://www.redpsy.com/pro/tuc.html>
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In *Burnout in families: The systemic costs of caring* (p. 15-28). Boca Raton, FL, US: CRC Press.

- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology, 58*(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Follette, V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*(3), 275-282. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.25.3.275>
- Fortin, C. (2014). *Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide : les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant* (masters). Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi. Consulté à l'adresse <https://constellation.uqac.ca/2771/>
- Fovet, T., Plancke, L., & Thomas, P. (2018). Prévalence des troubles psychiatriques en prison. *Santé Mentale, 227*.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B., Dunning, K., & Figley, C. (2002). ARP: The accelerated recovery program for compassion fatigue. *Treating Compassion Fatigue, 123-137*.
- Girault, N. (1989). *Burnout: émergence et stratégies d'adaptation, le cas de la médecine d'urgence*. Paris 5. Consulté à l'adresse <http://www.theses.fr/1989PA05H068>
- Heritage, B., Rees, C. S., & Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PLoS ONE, 13*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193478>

- Herman, J. L., & Herman, J. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*. Basic Books.
- Houser, K. A., & Welsh, W. (2014). Examining the Association Between Co-Occurring Disorders and Seriousness of Misconduct by Female Prison Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(5), 650-666. <https://doi.org/10.1177/0093854814521195>
- Hunsaker, S., Chen, H.-C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(2), 186-194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Injeyan, M. C., Shuman, C., Shugar, A., Chitayat, D., Atenafu, E. G., & Kaiser, A. (2011). Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: the roles of dispositional optimism and locus of control. *Journal of Genetic Counseling*, 20(5), 526-540. <https://doi.org/10.1007/s10897-011-9379-4>
- Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 423-432. <https://doi.org/10.1023/A:1020193526843>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118-119, 120.
- JOSSE, E. (2013). État de Stress Aigu et État de Stress Post- Traumatique, quoi de neuf dans le DSM-5 ?, 6.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 29(3), 284-297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>

- Kanter, J. (2007). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: A Second Look. *Clinical Social Work Journal*, 35(4), 289-293. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0125-1>
- Kédia, M., & Sabouraud-Séguin, A. (2013). *Psycho-traumatologie*. Paris: Dunod.
- Killian, K. D. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors , Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Knapp, T., Burki, A., Lüthi, A., Zanetti, D., & Viret, S. (2006). *Burn-out: l'épuisement professionnel*. Sainte-Croix (Suisse); [Pontarlier: Presses du Belvédère.
- Lerias, D., & Byrne, M. K. (2003). Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 19(3), 129-138. <https://doi.org/10.1002/smi.969>
- Lesaca, T. (1996). Symptoms of stress disorder and depression among trauma counselors after an airline disaster. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 47(4), 424-426. <https://doi.org/10.1176/ps.47.4.424>
- Levin, A. P., Kleinman, S. B., & Adler, J. S. (2014). DSM-5 and posttraumatic stress disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2), 146-158.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras, T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 333-338. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>

- Marc, E. (2010). *Psychologie de l'identité: soi et le groupe*. Paris: Dunod.
- Marchand, C., & Min, D. (2007). A History of the Concept, 17.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. ISHK.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
<https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
- Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 22(1), 24-34. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2007.01.006>
- Meldrum, L., King, R., & Spooner, D. (2002). Secondary traumatic stress in case managers working in community mental health services. In *Treating compassion fatigue* (p. 85-106). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), 57-68.
- Pearlman, Laurie Ann, & Saakvitne, K. W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (p. 150-177). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.

- Pearlman, Laurie Anne. (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (p. 51-64). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., ... Amaddeo, F. (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 933-938. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.029>
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: a workbook on vicarious traumatization*. New York: W.W. Norton & Company.
- Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(1), 1.
- Serniclaes, O. (2003). Intervenants psychosociaux face aux victimes -Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. Consulté 4 juillet 2018, à l'adresse <http://www.jidv.com/index.php/2-uncategorised/579-intervenants-psychosociaux-face-aux-victimes-processus-psychodynamique-de-la-traumatisation-indirecte>
- Sodeke-Gregson, E. A., Holttum, S., & Billings, J. (2013). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869>
- Stamm, B. H. (2002). *Work-related secondary traumatic stress: (572172010-002)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e572172010-002>

- Tehrani, N. (2010). Compassion fatigue: experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 60(2), 133-138. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp174>
- Treatment, C. for S. A. (2009). *Appendix E: DSM-IV-TR Criteria for Posttraumatic Stress Disorder*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). Consulté à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83241/>
- VELEA, D. (s. d.). CRITERES DSM-IV PTSD, 1.
- Wee, D. F., & Myers, D. (2002). Stress responses of mental health workers following disaster: The Oklahoma City bombing. In *Treating compassion fatigue* (p. 57-83). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Zimering, R. (2003). Secondary Traumatization in Mental Health Care Providers, 4.

Annexes :

Annexe 1 : Formulaire envoyé aux soignants.

Evaluation de l'usure de compassion et du vécu traumatique dans la pratique de la psychiatrie en milieu carcéral.

Ce questionnaire est anonyme et prend seulement 10 minutes à compléter. Veuillez prendre le temps de lire chaque énoncé et d'y répondre.

Cette recherche s'inscrit dans un travail de thèse et vise à évaluer le vécu du personnel soignant en milieu carcéral. Cette recherche comprend deux objectifs :

1/ Evaluer la présence ou non d'usure de compassion et de traumatisme vicariant chez les soignants en milieu carcéral.

2/ Identifier les facteurs qui sont à l'origine de ces phénomènes.

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION!!

DERDOUR-CAMPOS Julien (interne en psychiatrie, Caen)

***Obligatoire**

Généralités.

Quel est votre âge? *

Quel est votre sexe ? * *Une seule réponse possible.*

Masculin

Feminin

Quel est votre situation matrimoniale ? * *Une seule réponse possible.*

Célibataire

En couple

Avez-vous des enfants? * *Une seule réponse possible.*

Oui

Non

Autre :

Quel est votre profession ? *

Dans quel type de structure travaillez vous principalement ? * *Une seule réponse possible.*

SMPR

UHSA

Depuis combien de temps travaillez vous dans le milieu carcéral? *

Quel est votre temps de travail hebdomadaire à ce poste? *

Lisez Chaque énoncé en pensant à votre situation actuelle. Pour chacun, cochez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il est important de répondre à toutes les questions, mêmes à celles qui, selon vous, ne s'appliquent pas à votre situation. L'échelle ci-dessous est celle que vous devez utiliser pour répondre au test.

1	2	3	4	5
Jamais/Rarement	Parfois	Indécis	Souvent	Très souvent

Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois
indécis
souvent
très souvent

J'ai des trous de mémoire au sujet d'évènements effrayants. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

Je me sens étranger aux autres. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis

souvent
très souvent

Un rien me fait sursauter. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

En travaillant avec un patient, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

J'ai déjà eu des flash-back à propos de mes patients. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

J'ai moi même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

J'ai moi même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance. *

Une seule réponse possible.

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

J'ai déjà pensé que je devrais régler un problème personnel. * Une seule

réponse possible.

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un patient à mon égard. *

Une seule réponse possible.

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un patient. * Une seule

réponse possible.

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des patients particulièrement difficiles. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un patient. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

J'ai plus d'un patient pour lequel je me fais du souci. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Les expériences traumatiques d'un patient m'empêchent de dormir. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes patients. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes patients. *

Une seule réponse possible.

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail de soignant. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Avec certains patients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement

Parfois

indécis

souvent

très souvent

Il m'est arrivé de me sentir en danger avec certains patients * *Une seule réponse possible.*

Jamais/ rarement
Parfois
indécis
souvent
très souvent

Il m'est déjà arrivé de penser que ma charge de travail était trop élevée. *
Une seule réponse possible.

Jamais/Rarement
Parfois
indécis
Souvent
Très souvent

J'estime que mon environnement de travail et son fonctionnement sont de bonnes qualités? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement
Parfois
indécis
Souvent
Très souvent

J'estime que les rapports avec mes collègues sont de bonnes qualités? *
Une seule réponse possible.

Jamais/Rarement
Parfois
indécis
Souvent
Très souvent

J'estime que ma sécurité personnelle est assurée dans mon espace de travail. * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement

Parfois

indécis

Souvent

Très souvent

Avez-vous des séances de supervision ou debriefing? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement

Parfois

indécis

Souvent

Très souvent

Avez-vous des formations proposées dans le cadre de vos fonctions? *

Une seule réponse possible.

Jamais/Rarement

Parfois

indécis

Souvent

Très souvent

Avez-vous des occupations régulières autres que le travail? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement

Parfois

indécis

Souvent

Très souvent

Avez-vous le sentiment que votre hygiène de vie soit bonne? * *Une seule réponse possible.*

- Jamais/Rarement
- Parfois
- indécis
- Souvent
- Très souvent

Considérez-vous avoir du soutien de vos proches face aux difficultés rencontrées au travail? * *Une seule réponse possible.*

- Jamais/Rarement
- Parfois
- indécis
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous constaté une augmentation de vos consommations?(tabac, alcool, autres) * *Une seule réponse possible.*

- Jamais/Rarement
- Parfois
- indécis
- Souvent
- Très souvent

Avez-vous le sentiment que vos week-end ou temps de repos soient récupérateurs? * *Une seule réponse possible.*

- Jamais/Rarement
- Parfois
- indécis
- Souvent
- Très souvent

Vous arrive t-il de ressentir de l'isolement ? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement
Parfois
Indécis
Souvent
Très souvent

Savez-vous fixer des objectifs réalisables dans votre exercice professionnel ? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement
Parfois
Indécis
Souvent
Très souvent

Avez-vous un sentiment d'efficacité et de satisfaction au travail? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement
Parfois
Indécis
Souvent
Très souvent

Savez-vous fixer des limites dans votre exercice professionnel ? * *Une seule réponse possible.*

Jamais/Rarement
Parfois
Indécis
Souvent
Très souvent

Avez-vous déjà envisagé d'arrêter votre activité en milieu carcéral? *
Une seule réponse possible.

Jamais/Rarement

Parfois
indécis
Souvent
Très souvent

Commentaire libre :

Annexe 2 : Test d'usure de compassion

Lisez chaque énoncé en pensant à **votre situation actuelle**. Pour chacun, cochez le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il est important de **répondre à toutes les questions**, même à celles qui, selon vous, ne s'appliquent pas. L'échelle ci-dessous est celle que vous devez utiliser pour répondre au test. Vous pouvez commencer à répondre aux questions.

1	2	3	4	5
Jamais/Rarement	Parfois	Indécis	Souvent	Très souvent

	1	2	3	4	5
1. Je m'efforce d'éviter certaines pensées ou certains sentiments qui me rappellent une expérience effrayante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je constate que j'évite certaines activités ou situations parce qu'elles me rappellent une expérience effrayante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des trous de mémoire au sujet d'événements effrayants.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens étranger aux autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je m'endors difficilement ou je me réveille durant la nuit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis facilement irritable, je me mets en colère pour un rien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Un rien me fait sursauter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En travaillant avec une victime, il m'est arrivé d'avoir des fantasmes violents envers son agresseur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai déjà eu des flash-back à propos de mes clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante à l'âge adulte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai moi-même vécu une expérience traumatisante dans mon enfance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai déjà pensé que je devrais régler un traumatisme personnel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je suis effrayé par certains propos ou gestes d'un client à mon égard.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je fais des rêves troublants, semblables à ceux d'un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Il m'est arrivé d'être dérangé par le souvenir d'entretiens avec des clients particulièrement difficiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Un souvenir effrayant s'est déjà imposé à moi pendant un entretien avec un client.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	2	3	4	5
Jamais/Rarement	Parfois	Indécis	Souvent	Très souvent

	1	2	3	4	5
17. J'ai plus d'un client pour lequel je me fais du souci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Les expériences traumatiques d'un client m'empêchent de dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Il m'arrive de penser que je suis "contaminé" par le stress post-traumatique de mes clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je me répète de moins m'en faire avec le bien-être de mes clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Il m'est arrivé de me sentir "siphonné" par mon travail d'intervenant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avec certains clients, j'ai eu l'impression que c'était sans espoir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Il m'est arrivé d'avoir les nerfs à vif dans diverses situations et je pense que c'est à cause de mon travail auprès de certains clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Il m'est arrivé d'être en danger avec certains clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comment faire le calcul et interpréter le Test d'Usure de Compassion?

1. Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.
2. Additionnez vos réponses aux questions et inscrivez le total dans le tableau d'interprétation des résultats suivant.

Niveaux de risque d'Usure de Compassion					
Score final	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très élevé
_____	0 à 26	27 à 30	31 à 35	36 à 40	41 et +

Annexe 3 : Commentaires libres des soignants :

1. « Bon courage !!! »
2. « Les réveils nocturne sont dus à mon rythme de travail, je les gère facilement. Il y a effectivement quelques patients pour lesquels je me fais du " Souci " et dont je pense que les chances de vivre une vie "normale" où il se sentent bien sont minces mais je fais à mon niveau ce dont je suis capable pour atteindre ce but. J'essaye de prendre en charge les patients du mieux que je peux, le peu que je peux faire je le fais ,j'ai bien conscience que mon action n'a qu'un impact minime et que personnellement je ne sauve personne, mais si chacun apporte sa pierre à l'édifice ... »
3. « Une des grandes frustration des équipes paramédicales, c'est d'avoir la sensation que l'on accorde, quelques fois, plus de crédit à la parole d'un patient que celle d'un soignant lors de situations conflictuelles. Cela ne veut pas dire que l'on ne peut accorder aucun crédit à leurs dire... »
4. « à l'aise dans mon milieu professionnel, parfois épuisée par la charge de travail mais dans l'ensemble, j'ai réussi mon parcours professionnel »
5. « Merci de votre discrétion. Par ailleurs je précise que je travaille à l'ursavs.
C'est bien d aller au travail et effectuer avec pertinence et efficacité les taches réalisées au travail. Je suis compatissant en vers les patients mais des que je sors du service c'est comme si je ne travailler pas en psychiatrie. A aucun moment de ma vie privée j'ai été perturber par le travail »
6. « je n'exerce plus uniquement en milieu carcéral, puisque mon unité est dédiée à plusieurs missions (formation, recherche,aide aux professionnels sur leur secteur...) Nous allons dans les prisons du Nord Pas de Calais pour rencontrer des patients avant leur sortie, dans un contexte d'évaluation, à la demande des soignants , afin de faciliter la liaison des soins de l'intra à l'extra carcéral pour les AVS qui seront en SSJ. Nous avons aussi un centre de soins spécialisés où nous recevons des patients. Auparavant j'ai travaillé pendant 6 ans au SMPR de Loos. »

7. « Ceci n'engage que mes propos, pour qu'un service fonctionne dans le bon sens la parole du soignant (paramédicaux) semble essentiel car ils et 8h00 avec sont patients un médecin il passe de 3_4 minutes à 30 minutes par semaines avec ce derniers.(les connaissances ne sont pas les mêmes) Les problèmes ou conséquences seraient ce du à un manque de communication ? Un manque de confiance ? À une prise de pouvoir ? Une connaissance trop importante du terrain (patient)? Une dévalorisation ? Une estime importante du patient... »
8. « Je travaille depuis plusieurs années auprès de cette patientèle et je ne changerai pour rien au monde certes parfois c'est stressant voire anxiogène mais j'aime le contact de ces patients . Le plus important pour avoir une bonne prise en charge et d'occulter le pourquoi de leur incarcération et le considérer comme un patient lambda. »
9. « Questionnaire intéressant ! Sera-t-il possible de le diffuser les résultats et l'interprétation lorsque vous aurez terminé votre thèse svp. Merci »
10. « Si ce questionnaire m'avait été proposé à l'ouverture de l'UHSA, les réponses auraient été tout autres. (Traumatisant, épuisant, troubles du sommeil, cauchemars,...) Toujours à l'UHSA grâce à l'empathie, et au sentiment d'utilité. A ce jour, épanoui dans mon travail. »
11. « Je pense que le travail en milieu carcéral ne doit pas excéder 5 ans »
12. « J'évite de trop en dire concernant mon travail ; parmi mes proches je ne suis pas toujours compris »
13. « Poste de nuit donc rythme différent à prendre au fur et à mesure et relations différentes avec le patient »
14. « Je me sens souvent tiraillé entre mon empathie pour le patient (agresseur) et pour les victimes. Entre ce qu'il a subi et ce qu'il a fait.
15. « AYANT EUT L'EXPERIENCE DE TRAVAILLER DANS LES AUTRES UNITES J'AIMERAI VRAIEMENT QUE L'ON PUISSE AVOIR PLUS DE DEBRIEFING C'EST TRES CONSTRUCTIF .CERTAINS AGENTS »
16. « mes réponses auraient été différentes il y a 7-8 ans »

17. « La logique du système de santé actuel n'est pas adaptée à la pratique du soin en milieu pénitentiaire. Tout du moins encore moins qu'en milieu libre. La position soignante en milieu pénitentiaire "ne va pas de soi". Il faut la penser, l'affirmer, la rendre lisible. Ne pas le faire nous expose à toute sorte de violences : cliniques, institutionnelles, inter inter-institutionnelles.. Cela prend un temps qui devrait pouvoir s'inscrire de façon plus cohérente dans les logiques d'effectif et d'organisation de service. Même conscient de cela, et si nous imposons ces temps, cela rogne d'autres temps, pour que les objectifs de soin restent réalisables. C'est alors la limitation des possibilités de soin qui deviennent frustrantes. Si nous ne limitons pas les objectifs, nous nous épuisons. Si nous ne sommes, pas, on ne fait plus du soin, mais du soin aménagé du point de vue clinique et éthique. Des boucles sans fin. Enfin, il y a ce qui devrait nous protéger et qui ne nous protège pas, notamment en cas de situation de violence : l'état des service de santé au travail (ici, 3 changement de médecin en 1 an et actuellement plus aucun), la protection inconstante des instances dirigeantes hospitalières (qui manquent également de temps pour une aide aussi spécifique), l'absence souvent d'appui juridique sérieux dans les hopitaux, les différences instances ordinales etc. »
18. « Il y'a un manque cruel de supervision. Car c'est un temps primordial afin d'échanger les pratiques »
19. « nous avons des staffs, mais jamais de supervision sur des situations. Je pense que c'est essentiel »

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2018

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : DERDOUR-CAMPOS Julien

TITRE DE LA THESE : La fatigue de compassion : état des lieux des connaissances, aspects cliniques. Enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral.

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS : Introduction : Dans notre pratique quotidienne en psychiatrie, la relation avec le patient est un élément central du soin, faisant de nous des interlocuteurs privilégiés. Depuis une vingtaine d'années, de nombreux auteurs se sont intéressés aux effets que peuvent avoir les récits traumatiques chez les soignants et plus singulièrement chez les soignants en santé mentale. Cette exposition prolongée au matériel traumatique apporté par le patient peut se traduire par différents concepts que sont : le stress traumatique secondaire, la fatigue de compassion, le traumatisme vicariant. L'objectif de cette étude est d'évaluer la fatigue de compassion chez les soignants en SMPR et UHSA et d'identifier les facteurs de risques et de protections. **Méthode** : Il s'agit d'une étude épidémiologique, transversale, multicentrique concernant 115 soignants exerçant à l'UHSA de Lille et Rennes et au SMPR de Lille, Amiens, Caen, Rennes. Chaque participant a reçu un questionnaire anonyme de 48 questions évaluant la fatigue de compassion selon le test d'usure de compassion, et les principaux facteurs de risques et de protections selon un questionnaire élaboré par nos soins. Nous avons réalisé une analyse descriptive des données ainsi que des analyses bivariées. **Résultats** : La moyenne au TUC est de 37,26 correspond à un risque élevé. Lors des analyses bivariées, 12 variables explicatives ont démontré un lien statistiquement significatif avec la variable du score TUC. **Conclusion** : De par son potentiel délétère sur le soignant, la FC est un réel enjeu de santé publique, en témoigne l'attention croissante accordée à la compréhension et à la description des risques psychosociaux.

MOTS CLES : fatigue de compassion, traumatisme vicariant, stress traumatique secondaire, psychiatrie carcérale, épuisement professionnel, santé au travail, pathologie professionnelle, traumatisme secondaire.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : Compassion fatigue : state of knowledge, clinical aspects. Cross-sectional, multicenter survey of caregivers working in psychiatric services in prisons.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS : Introduction: In our daily practice in psychiatry, the relationship with the patient is a central element of care, making us privileged interlocutors. For twenty years, many authors have been interested in the effects that traumatic stories can have on caregivers and more particularly on mental health caregivers. This prolonged exposure to traumatic material provided by the patient can result in different concepts such as secondary traumatic stress, compassion fatigue, vicarious trauma. The purpose of this study is to assess compassion fatigue among SMPR and UHSA caregivers and to identify risk and protective factors. **Method**: This is an epidemiological, transversal, multicenter study involving 115 caregivers practicing at UHSA Lille and Rennes and SMPR Lille, Amiens, Caen, Rennes. Each participant received an anonymous questionnaire of 48 questions assessing compassion fatigue in the compassion fatigue test, and the main risk factors and protections according to a questionnaire developed by us. We performed a descriptive analysis of the data as well as bivariate analyzes. **Results**: TUC average is 37.26 is high risk. In bivariate analyzes, 12 explanatory variables demonstrated a statistically significant relationship with the TUC score variable. **Conclusion**: Because of its deleterious potential on the caregiver, the CF is a real public health issue, evidenced by the growing attention paid to the understanding and description of psychosocial risks.

KEY WORDS : compassion fatigue, vicarious trauma, burn out, secondary trauma

